



Abril 2026

axis

Revista del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Valladolid



*Fotografía de Gabriel Gallegos

La reforma integral de la sede del Colegio de Médicos de Valladolid se completa después de meses de trabajo en los que se ha buscado modernizar la casa de nuestros colegiados sin perder la esencia y la historia de nuestra institución

El Colegio al Día 4

- Finalización de la reforma integral de la sede del Colegio de Médicos
- Entrega de los VI Premios Félix Heras al mejor trabajo de investigación publicado
- Presentación del libro “Vivir hasta el final”, de la Dra. Mónica Lalanda y el Dr. Daniel Ramos
- Podcast en directo con la Dra. Susana Manso y el Dr. José Luis Almodí y presentación del libro “Sanitarios Anónimos”
- Celebración de las III jornadas Nefrourológicas Castellano-Leonesas para AP, organizadas por socalemFYC
- Promoción de la Salud en su día mundial
- Puesta en marcha de la receta electrónica concertada de MUFACE en Valladolid

CONSEJO EDITORIAL

Presidente: José Luis Almodí Alegre

Vicepresidenta I: Raquel Blasco Redondo

Vicepresidenta II: Rosa M^a. Ibán Ochoa

Secretario General: Raúl de la Cruz Marcos

Vicesecretaria: Mercedes Coloma Pesquera

Tesorero: Vicente Herreros Rodríguez

Vocales: M^a. Isabel Gutiérrez Pérez

Teresa Martín Cartón

Carmen Domínguez González

Rosa María Pérez Nava

Sergio García Collado

Jesús María Díez Rodríguez

Luis Jorge Teso Fernández

Benito Cortejoso Gonzalo

María Regalado Reyes

Estudios 29

- La nueva educación médica y la Inteligencia Artificial, por el Dr. Luis Inglada

Historia 34

- Las clínicas y sanatorios quirúrgicos de Valladolid, por el Dr. Carlos Vaquero

Arte 38

- Eva la primera mujer y la Virgen María, por el Dr. Ciriaco Casquete

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

La finalización de la reforma integral de nuestra sede en la calle Pasión 13 marca un hito fundamental en la historia reciente del Colegio de Médicos de Valladolid.

Este proyecto, el más ambicioso desde la creación de la institución, no solo ha buscado recuperar espacios obsoletos, sino transformar una sede burocrática en un entorno sostenible, cálido y acogedor que invite al colegiado a sentirlo como su propia casa.

Bajo la dirección de Estudio Coloma, ganador del concurso de ideas convocado en el año 2023, la renovación ha logrado un equilibrio entre la modernidad y la esencia histórica, rescatando materiales simbólicos como los mármoles originales para reinterpretarlos en un diseño moderno y funcional, creando un entorno de trabajo más luminoso y agradable, tanto para los trabajadores como para los colegiados, sus familiares y todos los ciudadanos que acuden a nuestras instalaciones.

Les invitamos a todos a visitar y disfrutar de esta sede renovada, que aspira a ser el eje de una comunidad médica más unida, formada y fuerte.

Con la vista puesta en las próximas celebraciones del Día del Médico y sus actividades sociales y deportivas, esperamos que este nuevo espacio sea el escenario de muchos encuentros que fortalezcan nuestra vocación y compañerismo.

Mientras tanto, la Junta Directiva del Colegio Oficial de Médicos de Valladolid sigue reivindicando el reconocimiento que merece el ejercicio de la profesión médica, tanto en el borrador del proyecto del nuevo Estatuto Marco, como en la futura LOPS.



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

ACTIVIDADES DE LA JUNTA DIRECTIVA DE DICIEMBRE A MARZO

FECHA	DESCRIPCIÓN	ASISTENTES
04 / 12	Asamblea de la Vocalía de Médicos Jubilados	Rep. de la Junta Directiva. Dr. Benito Cortejoso
16 / 12	Asamblea General Ordinaria del Consejo de Colegios de Médicos de Castilla y León	Presidente. Dr. José Luis Almudí Alegre
16 / 12	Reunión del Pleno de la Junta Directiva	Miembros de la Junta Directiva
16 / 12	Asamblea General de Colegiados Colegio de Médicos Valladolid	
16 / 12	Asamblea de la Vocalía de Atención Primaria Rural	Rep. de la Junta Directiva Dra. Mercedes Coloma
16 / 12	Reunión de la Comisión Deontológica	Miembros de la Comisión Deontológica

ACTIVIDADES DE LA JUNTA DIRECTIVA DE DICIEMBRE A MARZO

FECHA	DESCRIPCIÓN	ASISTENTES
17 / 12	Junta de Patronos de la Fundación de los Colegios Médicos para la Cooperación Internacional	Presidente. Dr. José Luis Almudí Alegre
19 / 12	Asamblea General del CGCOM	Presidente. Dr. José Luis Almudí Alegre
16 / 01	Asamblea General del CGCOM	
20 / 01	Reunión del Pleno de la Junta Directiva	Miembros de la Junta Directiva del Colegio de Médicos
23 / 01	Acto de inauguración del curso 2026 Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid	Presidente. Dr. José Luis Almudí Alegre
27 / 01	Reunión de la Comisión Deontológica	Miembros de la Comisión Deontológica

ACTIVIDADES DE LA JUNTA DIRECTIVA DE DICIEMBRE A MARZO

FECHA	DESCRIPCIÓN	ASISTENTES
28 / 01	Jornada Foro de la Profesión Médica Española- Derechos Fundamentales del Médico	Presidente. Dr. José Luis Almudí Alegre
28 / 01	Reunión Extraordinaria del Pleno de la Junta Directiva	Miembros de la Junta Directiva del Colegio de Médicos
30 / 01	Asamblea de la Vocalía Médicos de Hospitales	Rep. de la Junta Directiva Dr. Jesús M ^a Díez Rodríguez
05 / 02	Sesión de apertura del Curso 2026-Real Academia de Medicina de Salamanca. Entrega de la Medalla de Ordo de la RAMSA a la: Universidad de Salamanca, Colegio Oficial de Médicos de Salamanca	Presidente. Dr. José Luis Almudí Alegre
06 / 02	Reunión extraordinaria de la Junta de Gobierno del Consejo de Colegios de Médicos de CyL	Presidente. Dr. José Luis Almudí Alegre

ACTIVIDADES DE LA JUNTA DIRECTIVA DE DICIEMBRE A MARZO

FECHA	DESCRIPCIÓN	ASISTENTES
07 / 02	Actos en honor a la patrona del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de la VIII Región	Presidente. Dr. José Luis Almudí Alegre
10 / 02	Reunión de la Comisión Deontológica	Miembros de la Comisión Deontológica
12 / 02	Presentación del Informe Bienal del programa de Atención Integral al Médico Enfermo	Presidente. Dr. José Luis Almudí Alegre
12 / 02	Acto de inauguración de las oficinas de CBNK Banco (fusión de Bancofar (Banco de los Farmacéuticos) y Banco Caminos (Banco de los Ingenieros de Caminos Canales y Puertos)	Presidente. Dr. José Luis Almudí Alegre
13 / 02	Asamblea de la Vocalía de Médicos de A.P. Urbana	Rep. de la Junta Directiva. Dra. M ^a Isabel Gutiérrez Pérez
13 / 02	Asamblea de la Vocalía de Médicos de Ejercicio Privado	Reps. de la Junta Directiva. Dr. Sergio García Collado y Dra. Rosa M ^a Pérez Nava

ACTIVIDADES DE LA JUNTA DIRECTIVA DE DICIEMBRE A MARZO

FECHA	DESCRIPCIÓN	ASISTENTES
17 / 02	Reunión del Pleno de la Junta Directiva	Miembros de la Junta Directiva del Colegio de Médicos
19 y 20 / 02	II Encuentro Internacional del Paime + XI Congreso PAIME 2026	Presidente. Dr. José Luis Almudí Alegre
21 / 02	Asamblea General del CGCOM	Presidente. Dr. José Luis Almudí Alegre
21 / 02	Asamblea de Secretarios/as de Colegios Oficiales de Médicos	Secretario General. Dr. Raúl de la Cruz Marcos
27 / 02	Asamblea de la Vocalía de Médicos Tutores y Docentes	Rep. de la Junta Directiva. Dra. Rosa M ^a Ibán Ochoa
06 / 02	Asamblea de Representantes Provinciales de la Sección de Médicos Jóvenes y Promoción de Empleo	Rep. de la Junta Directiva. Dra. María Regalado Reyes

ACTIVIDADES DE LA JUNTA DIRECTIVA DE DICIEMBRE A MARZO

FECHA	DESCRIPCIÓN	ASISTENTES
06 y 07 / 03	Asamblea de la Vocalía de Médicos de A.P. Rural + “Acto de homenaje al Médico Rural”	Rep. de la Junta Directiva anterior, Dra. Mercedes Coloma; y rep. actual, Dra. Teresa Martín Cartón
07 / 03	Pleno Ordinario de la Junta de Gobierno del Consejo de Colegios de Médicos de CyL	Presidente. Dr. José Luis Almudí Alegre
09 / 03	Webinar “Agresiones a sanitarios: prevención y protección jurídica” organizado por AMA	Presidente. Dr. José Luis Almudí Alegre
10 / 03	Jornada con motivo del Día Europeo contra las Agresiones a Médicos y Otros Profesionales Sanitarios organizado por la Organización Médica Colegial	Presidente. Dr. José Luis Almudí Alegre
13 / 03	Asamblea General del CGCOM	Presidente. Dr. José Luis Almudí Alegre
17 / 03	Reunión del Pleno de la Junta Directiva	Miembros de la Junta Directiva del Colegio de Médicos

ACTIVIDADES DE LA JUNTA DIRECTIVA DE DICIEMBRE A MARZO

FECHA	DESCRIPCIÓN	ASISTENTES
17 / 03	Asamblea General del CGCOM	
17 / 03	Asamblea de la Vocalía de Médicos Jubilados del CGCOM	Rep. de la Junta Directiva. Dr. Benito Cortejoso
18 / 03	Reunión de la Comisión Deontológica	Miembros de la Comisión Deontológica
20 / 03	Pregón de la Semana Santa de Valladolid 2026, por D. José María Nieto González, humorista gráfico	Presidente. Dr. José Luis Almudí Alegre
20 / 03	Asamblea de Representantes Provinciales de la Sección de Médicos de Administraciones Públicas	Rep. de la Junta Directiva. Dra. Carmen Domínguez González
23 / 03	Reunión Institucional receta electrónica concertada de Muface	Presidente. Dr. José Luis Almudí Alegre

Espacios abiertos, materiales naturales, un entorno sostenible y un alto nivel de confort: así es la nueva sede del ICOMVA

En el Colegio de Médicos de Valladolid, la creación de un entorno sostenible con un alto nivel de confort para nuestros colegiados siempre supuso un objetivo a alcanzar. Por ello, desde el año pasado, el ICOMVA se embarcó

en el proyecto de reforma más grande y ambicioso al que se había enfrentado este Colegio desde su creación para conseguir renovar la sede de la institución y recuperar espacios obsoletos e infrautilizados, y que llegó a su fin el pasado mes de febrero.

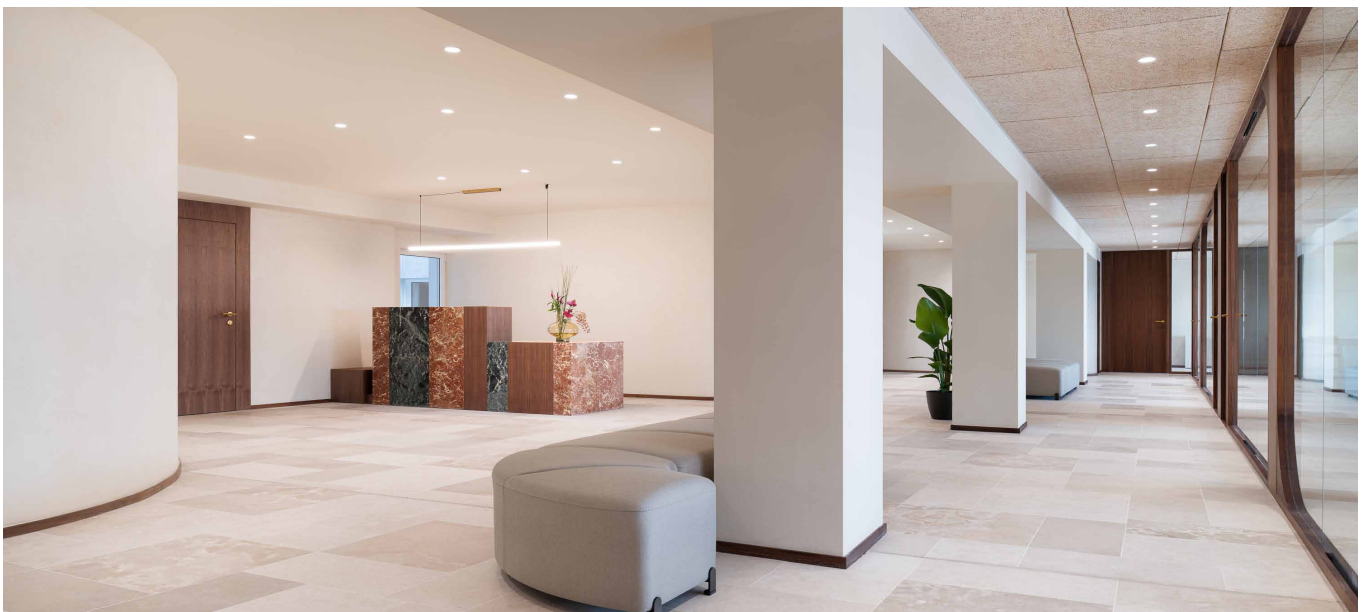
Los encargados de lograr este hito fueron los profesionales de Estudio Coloma, un grupo de profesionales que comprendió nuestra visión a la perfección desde el inicio. “Visualmente, el objetivo era abrir el espacio, maximizar la luz natural y priorizar el uso de materiales naturales y, siempre que fuera posible, de origen local”, matizan.

El proyecto es una exploración reflexiva del diseño que hace uso de los recursos, combinando materiales nobles y técnicas tradicionales al tiempo que reinterpreta elementos heredados desde una perspectiva moderna. Una combinación que hace que el colegiado tenga un concepto mucho más abierto del espacio en cuanto entra en la sede, al tiempo que percibe una mayor sensación de cercanía en la que es la casa de todos los médicos de Valladolid, y en la que siempre deberían sentirse bienvenidos.

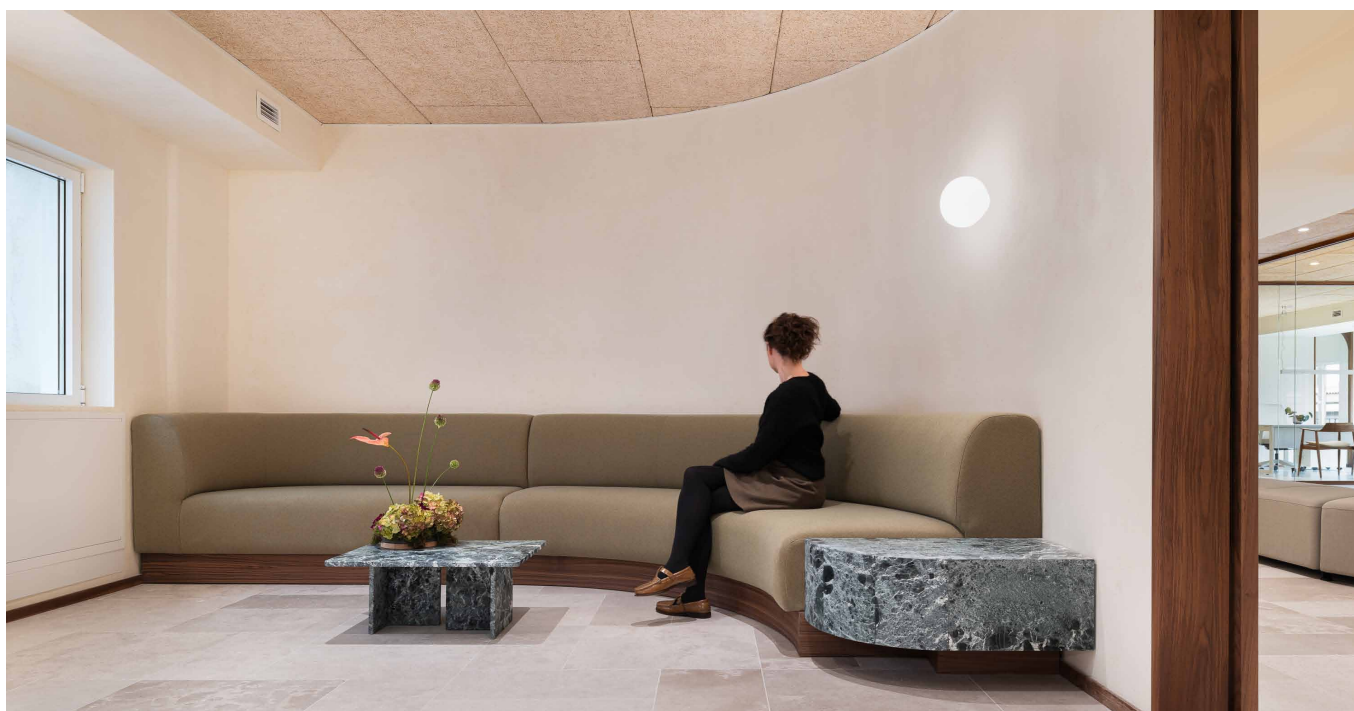
Esta obra, recogida en revistas de arquitectura del renombre de The Architectural Authority, Archello o Arch Daily, supuso un reto por el deseo de modernizar el espacio sin perder la



Fotografía cedida por Gabriel Gallegos



Fotografía cedida por Gabriel Gallegos. Entrada principal



Fotografía cedida por Gabriel Gallegos. Zona de ocio del bar

esencia de lo que había sido esta sede en el pasado. Para lograr este requisito, desde Estudio Coloma nos explican que durante la fase de demolición se rescataron materiales con fuerte carga simbólica, como los mármoles rojos y verdes del antiguo mostrador de recepción, pieza que articulaba el espacio en origen.

Estas piezas fueron reutilizadas y reinterpretadas para dar forma a nuevos elementos: el nuevo mostrador de acceso, la barra del bar y varias mesas diseñadas a medida. El mármol rojo encuentra su lugar en zonas institucionales y privadas —como la sala de juntas y el despacho presidencial— mientras que el mármol verde protagoniza el diseño de este nuevo espacio de ocio.

Otro elemento clave recuperado es la antigua librería de la biblioteca, restaurada cuidadosamente y ahora reconvertida en archivo histórico del colegio, consolidando el vínculo entre pasado y presente. Todos los espacio de la planta se han reorganizado para fomentar la transparencia visual y la relación entre estancias, reforzada por la elección de materiales nobles y de proximidad, que aportan una continuidad entre estancias que armoniza el conjunto.



Fotografía cedida por Gabriel Gallegos. Detalle de la biblioteca



Fotografía cedida por Gabriel Gallegos. Sala de reuniones

Los suelos se han realizado en piedra de Campaspero, originaria de la provincia, mientras que las paredes se revisten con mortero de cal, un material transpirable que favorece el confort ambiental. Las carpinterías interiores y las mamparas están diseñadas madera de nogal americano, una madera oscura que aporta carácter, elegancia y contraste con los tonos cálidos del conjunto, con sutiles formas redondeadas que recuerdan a diseños retro.

El diseño se completa con techos acústicos de materiales naturales y se ha puesto mucho cuidado en conseguir una iluminación que resalte la luz natural mediante grandes paneles de vidrio y una cuidada distribución espacial. La iluminación artificial se ha implementado con precisión para mejorar el confort y resaltar las texturas y tonalidades de los materiales. El resultado es un conjunto coherente, armonioso y altamente funcional. “El diseño de interiores no busca llamar la atención, sino perdurar. Construye una narrativa de sofisticación discreta, arraigada en la honestidad de los materiales y la atención al detalle, enriqueciendo la experiencia cotidiana de quienes trabajan y visitan este lugar. Para mí, el éxito de una reforma es sentir confort sin darte cuenta de por qué”, destaca Beatriz Coloma desde Estudio Coloma.



Fotografía cedida por Gabriel Gallegos. Detalle del despacho del Presidente del ICOMVA

Los despachos se articulan entre mamparas de madera, destacando los paneles acristalados para, de nuevo, resaltar una sensación de apertura que invite a los colegiados a pasar, sentarse y quedarse el tiempo que necesiten. A la vez, la distribución orgánica y fluida de la planta, suaviza los límites físicos y aporta dinamismo sin perder funcionalidad ni privacidad.

“Desde el punto de vista editorial, este proyecto destaca por su capacidad para conectar lo tangible con lo intangible. Su valor reside no solo en el refinamiento de sus acabados o la elegancia de su diseño, sino en su habilidad para transformar un edificio burocrático en un espacio acogedor, cálido y con carácter”, señalan los diseñadores, quienes con su propuesta enseñan que la arquitectura pública puede ser sensible y centrada en las personas, diseñada con respeto por sus usuarios y la memoria que atesora.



Fotografía cedida por Gabriel Gallegos. Despachos

El deseo de honrar el pasado de este Colegio sin renunciar a la belleza, la calidez y la funcionalidad que aporta la reforma queda más patente aún si cabe cuando entramos en el salón de actos de la sede. La luz natural cobra fuerza en este espacio en el que se han eliminado las barreras visuales que se generaban entre ponentes y colegiados con la mesa presidencial formal que encabezaba la

estancia. Ahora, el escenario se abre a nuevas formas de diálogo, más actuales y admite diferentes configuraciones: una más desenfadada para tertulias o charlas con unos sillones y mesa baja, otra con una mesa de ponencias configurable según el número de ponentes y una última con un atril para presentaciones. Las butacas y mesa son de una marca española y la mesa de ponencias y atril

diseño y fabricación a medida de estudio Coloma.

La historia del Colegio de Médicos sigue formando una parte esencial de este salón, en el que los cuadros con los retratos de los antiguos presidentes decoran casi una pared completa, dejando claro que mirar al futuro no implica para nosotros olvidar nuestras raíces.



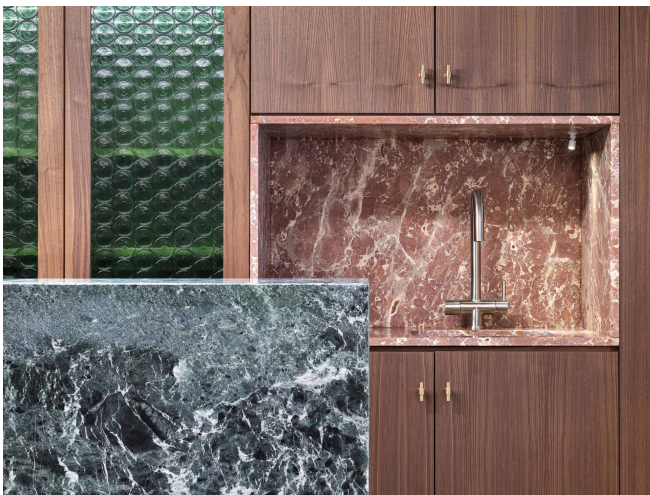
Fotografía cedida por Sergio Belinchón. Salón de actos



Fotografía cedida por Sergio Belinchón. Entrada al salón de actos



Fotografía cedida por Sergio Belinchón



Fotografía cedida por Gabriel Gallegos



Fotografía cedida por Gabriel Gallegos



Fotografía cedida por Gabriel Gallegos



Fotografía cedida por Sergio Belinchón

La finalización de esta reforma integral coincidió en el tiempo con la formalización de la renovación del cargo como Presidente del Colegio de Médicos de Valladolid del Dr. José Luis Almudí, quien, junto a su Junta Directiva, juró su cargo en las nuevas instalaciones en el mes de marzo, en un pequeño acto institucional que esperamos poder ampliar y celebrar con más colegiados y amigos en pocas semanas.

Mientras tanto, les invitamos a todos a que visiten la nueva sede, en la calle Pasión 13, para que puedan apreciar por ustedes mismos todos los detalles y los cambios que nos describen desde Estudio Coloma. Esperamos que se sientan como en casa.



La investigación siempre merece ser reconocida

El pasado 23 de enero tuvo lugar el Acto de inauguración del curso 2026 de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid, momento en el que la Academia reconoció públicamente a los ganadores del VI Premio Félix Heras, al mejor artículo de investigación publicado en los años 2023 y 2024. A continuación, presentamos un resumen elaborado por los ganadores de cada una de las categorías.

PREMIO EN LA CATEGORÍA SENIOR: DRA. SARA BLASCO TURRIÓN

Implante de válvula bicaval TricValve en pacientes con insuficiencia tricuspídea sintomática grave.

La insuficiencia tricúspide (IT) severa es una patología frecuente y asociada a mal pronóstico que, hasta hace pocos años, se manejaba casi exclusivamente con tratamiento diurético.

El desarrollo de técnicas transcáteter ha abierto nuevas opciones terapéuticas, aunque muchos pacientes llegan en fases avanzadas de la enfermedad, con disfunción ventricular derecha, daño de órgano diana o dilatación severa de cavidades derechas, lo que limita la posibilidad de reparación o reemplazo valvular tricúspide percutáneo.

En este contexto, se desarrolló el concepto de la prótesis bicava, cuyo objetivo es reducir el reflujo venoso sistémico y la congestión asociada a la IT severa. El sistema TricValve® (Products & Features) consiste en la implantación de dos prótesis independientes en la vena cava superior e inferior, formadas por stents autoexpandibles de nitinol con velos de pericardio bovino, disponibles en diferentes tamaños.

El estudio TRICUS representó la primera experiencia en humanos para evaluar la viabilidad del dispositivo (Lituania, n=9). Posteriormente, el estudio multicéntrico TRICUS EURO (12 centros de España y Austria, n=35) permitió la obtención del marcado CE, demostrando seguridad y eficacia a corto plazo en términos de clase funcional y calidad de vida.

En nuestro artículo publicado en JACC: Cardiovascular Interventions describimos por primera vez los resultados a un año del sistema TricValve®, en la cohorte combinada de ambos estudios.

Se trata de un ensayo prospectivo, abierto, no aleatorizado y de un único brazo terapéutico, que incluyó pacientes con IT severa sintomática, no candidatos a cirugía, en clase funcional NYHA III-IV pese a tratamiento médico óptimo y en una fase avanzada de la enfermedad. Todos los eventos de seguridad y eficacia fueron adjudicados de forma independiente, y el análisis de las imágenes ecocardiográficas y de tomografía computarizada se realizó en un laboratorio central independiente.

Se incluyeron 44 pacientes, con una edad media de 76 años, predominantemente mujeres (81%) y con elevada carga de comorbilidad y riesgo quirúrgico (EuroSCORE II 5,6%; TRISCORE 5,4%).

El objetivo principal fue evaluar la mejoría clínica y de calidad de vida al año mediante un criterio combinado que incluía calidad de vida (incremento ≥ 15 puntos en el cuestionario KCCQ-12), clase funcional (NYHA I-II) y capacidad funcional (incremento ≥ 40 m en la prueba de la marcha de 6 minutos). Al año de seguimiento, el 95,5% de los pacientes alcanzó el objetivo primario de mejoría clínica.

El 56,4% presentó una mejoría significativa en la calidad de vida y el 62,2% mejoró a clase funcional NYHA I-II (frente al 0% basal). Aunque la mejoría media en la prueba de la marcha no fue estadísticamente significativa, el 40% de los pacientes alcanzó un incremento clínicamente relevante, basado en estudios previos de terapias en insuficiencia cardíaca.

La abolición del reflujo en venas hepáticas se consiguió y mantuvo en el 63,8% de los casos, asociándose a una reducción de la congestión sistémica, de los niveles de NT-proBNP y de la necesidad de diuréticos.

La función hepática y renal se mantuvo estable durante el seguimiento, lo que

sugiere una posible estabilización de la enfermedad congestiva en esta población.

En la evaluación ecocardiográfica no se objetivaron cambios significativos en la función biventricular ni en el tamaño de las cavidades derechas, aunque sí una reducción significativa del diámetro del anillo tricúspide.

La mortalidad al año fue del 6,8%, con una tasa de reingreso por insuficiencia cardíaca del 29,5%. Las complicaciones hemorrágicas ocurrieron en el 20% de los pacientes, mayoritariamente gastrointestinales relacionadas con anticoagulación.

Se registró un 9% de eventos cerebrovasculares, seis trombos en cavidades derechas como hallazgos incidentales sin significación clínica y tres fugas paravalvulares, de las cuales solo una requirió cierre percutáneo. No se observaron complicaciones estructurales del dispositivo ni alteraciones del sistema de conducción.

Conclusión

En una población con insuficiencia tricúspide severa en fase avanzada y opciones terapéuticas muy limitadas, la implantación del sistema TricValve® se asoció a una mejoría clínica y de calidad de vida sostenida al año, con una mortalidad relativamente baja y un perfil de seguridad aceptable, consolidando la implantación bicava como una alternativa válida en pacientes no candidatos a otras terapias transcáteter dirigidas a la válvula tricúspide.

Entre las principales limitaciones del estudio se encuentran el reducido tamaño muestral, la inclusión de los pacientes de los ensayos pivotaes con las primeras generaciones del dispositivo y etapas iniciales en la curva de aprendizaje de los operadores, y el reclutamiento y seguimiento de la mayoría de los pacientes durante el periodo de la pandemia por COVID-19, que pudo influir en el impacto sobre la calidad de vida y capacidad funcional.

PREMIO EN LA CATEGORÍA JUNIOR: DR. PABLO FERNÁNDEZ VELASCO

Evaluación clínica de un sistema de apoyo a la decisión basado en inteligencia artificial para el diagnóstico y la clasificación ACR TI-RADS de nódulos tiroideos

El diagnóstico de la patología nodular tiroidea es cada vez más frecuente en la práctica clínica debido a la generalización de las pruebas de imagen.

Aproximadamente el 60 por ciento de las personas presentan nódulos tiroideos detectables mediante ecografía, especialmente mujeres y adultos de mayor edad, aunque solo una pequeña proporción es finalmente maligna.

En paralelo, la incidencia del cáncer de tiroides ha aumentado en las últimas décadas, mientras que la mortalidad específica se ha mantenido estable.

En este contexto, la ecografía constituye la herramienta principal para evaluar los nódulos tiroideos, confirmar su presencia y dimensiones y decidir qué lesiones deben someterse a punción aspiración con aguja fina o seguimiento ecográfico.

Aun así, la ecografía tiene limitaciones. Rasgos sugestivos de malignidad como hipoecogenicidad, composición sólida, morfología más alta que ancha, márgenes irregulares o calcificaciones intranodulares no son suficientemente específicos por sí solos. Para estandarizar la toma de decisiones se han desarrollado escalas de estratificación del riesgo que integran descriptores ecográficos. Entre ellas, ACR TI-RADS destaca por su mayor especificidad, ya que reduce punciones innecesarias manteniendo una sensibilidad aceptable.

Sin embargo, en la práctica diaria persiste un problema: una parte importante de las punciones se concentra en categorías intermedias de malignidad, donde la mayoría de nódulos terminan siendo benignos, con el consiguiente impacto asistencial, económico y emocional para el paciente.

En los últimos años se han desarrollado sistemas de apoyo a la decisión basados en inteligencia artificial y aprendizaje

profundo que tienen por objetivo asistir al clínico en la interpretación ecográfica. Estas herramientas pretenden reducir el componente subjetivo, disminuir la variabilidad inter e intraobservador y mejorar el rendimiento diagnóstico.

No obstante, gran parte de la evidencia procede de estudios de validación y no de escenarios asistenciales reales, donde la prevalencia de malignidad suele ser menor y condiciona el rendimiento práctico, especialmente los valores predictivos. Con esta premisa, nuestro estudio evaluó el impacto clínico de un sistema de ayuda a la decisión basado en IA (Koios DS) en el análisis ecográfico y la estratificación ACR TI-RADS en una cohorte consecutiva de una consulta monográfica de nódulo tiroideo.

Se realizó un estudio retrospectivo de los nódulos con resultados citológicos y o histológicos evaluados entre junio de 2021 y diciembre de 2022. Se incluyeron 172 pacientes, 83,1 por ciento mujeres, con edad media de 52,3 años y una prevalencia de malignidad del 11,0%. Seis endocrinólogos con experiencia en ecografía tiroidea analizaron cada caso en dos condiciones, sin apoyo y con apoyo del sistema. Koios DS generaba una clasificación automática de los distintos descriptores ACR TI-RADS y ofrecía un modificador opcional del riesgo denominado AI Adapter, capaz de ajustar la puntuación total. Además, se evaluó el rendimiento del sistema en modo autónomo.

Para asegurar la validez clínica del estándar de referencia, los nódulos malignos se confirmaron por histología posquirúrgica y, en los casos con sospecha ecográfica relevante, se contempló la repetición de punción cuando procedía para minimizar falsos negativos.

El apoyo por inteligencia artificial se asoció con una mejora significativa de la capacidad diagnóstica global medida mediante curva ROC. En el punto operativo de recomendación de punción también se observaron mejoras en la sensibilidad, especificidad, valor predictivo negativo y valor predictivo positivo.

Un matiz importante, es que la mejora se produjo pese a que los endocrinólogos

partían de un rendimiento basal alto y con experiencia previa en ecografía tiroidea.

Un dato especialmente relevante fue el elevado valor predictivo negativo tras el apoyo por inteligencia artificial. Dado que la ecografía tiroidea se emplea como herramienta de cribado y primera evaluación, esta capacidad para descartar malignidad con alta seguridad cuando no se recomienda punción tiene una traducción práctica inmediata. Además, este valor predictivo negativo se mantuvo muy alto en una cohorte con un 11 por ciento de malignidad, lo que refuerza su utilidad en un entorno clínico real.

En paralelo, el uso del sistema redujo de forma marcada la variabilidad interobservador. La concordancia en la puntuación total ACR TI-RADS, un resultado especialmente valioso cuando se persigue estandarizar decisiones en consultas con alta carga de actividad.

El sistema mostró un rendimiento diagnóstico sólido en modo autónomo, inferior pero comparable al de los endocrinólogos.

El AI Adapter tuvo un impacto clínico directo al reclasificar una proporción relevante de nódulos inicialmente situados en categorías intermedias hacia categorías de menor riesgo.

Como consecuencia, se evitó la indicación de punción en un número significativo de casos, sin modificar la categoría de mayor riesgo ni comprometer la detección de lesiones altamente sospechosas.

En términos prácticos, estos resultados indican que la inteligencia artificial puede contribuir a reducir punciones innecesarias en nódulos de riesgo intermedio, manteniendo la seguridad diagnóstica.

En conjunto, en un entorno de práctica clínica real y con una prevalencia de malignidad representativa, el apoyo de un sistema basado en inteligencia artificial mejoró el rendimiento diagnóstico, aumentó el acuerdo entre endocrinólogos y favoreció la reclasificación a menor riesgo de numerosos nódulos intermedios, con potencial para reducir procedimientos invasivos innecesarios sin comprometer la seguridad clínica.

Hablar con claridad, ternura y rigor de la muerte para mejorar la vida

El 16 de febrero, el nuevo salón de actos del Colegio de Médicos de Valladolid se inauguró después de meses de reformas con una presentación tan didáctica como emotiva: la del libro “Vivir hasta el final”, una obra escrita e ilustrada por la Dra. Mónica Lalanda y el Dr. Daniel Ramos, ambos médicos especialistas en cuidados paliativos, que responde con claridad, ternura y rigor a las grandes preguntas que surgen al final de la vida.

A través de sus páginas ofrece una guía completa sobre los mitos, los síntomas más frecuentes, los cuidados físicos

y emocionales, el trabajo del equipo sanitario, el papel de la familia, la toma de decisiones anticipadas, la espiritualidad, la sedación paliativa, la agonía y el duelo. Pensado para profesionales, cuidadores y cualquier persona que no quiera llegar a ese momento sin respuestas. Una obra que informa, acompaña y transforma.

Durante su presentación, los autores, acompañados del Presidente del Colegio de Médicos, el Dr. José Luis Almudí, hablaron sin tapujos de algunas situaciones desagradables que todos los seres humanos hemos de afrontar frente a la muerte, pero que los profesionales

sanitarios deben saber hablar con naturalidad para dar apoyo y soluciones que faciliten este tránsito tan difícil de afrontar para nuestros pacientes.

“No somos inmortales. Nacer y morir nos hace humanos. Pero morir bien también forma parte de vivir bien. Cuando la medicina ya no puede curar, aún puede cuidar, aliviar síntomas y ofrecer bienestar. A veces, incluso, puede regalar un tiempo sereno, valioso y compartido. En esto consisten los cuidados paliativos: en aliviar el dolor, escuchar con atención, acompañar con humanidad y evitar el ensañamiento terapéutico, que no

CÓMO MANTENER CONVERSACIONES DIFÍCILES

Pero entonces... ¿me estoy muriendo?



LAS MALAS NOTICIAS Y LAS CONVERSACIONES DE FINAL DE VIDA NO SON FÁCILES Y NO HAY REGLAS ÚTILES PARA TODAS ELLAS.

ALGUNOS CONSEJOS:

INFORMAR NO ES UN ACTO ÚNICO, ES UN PROCESO.

Comienza averiguando lo que el enfermo sabe de su enfermedad y lo que entiende de su situación actual.

INFORMA AL RITMO DEL PACIENTE



Conoce al paciente y su contexto para que la información sea relevante y personalizada. Prevé las preguntas y prepara respuestas. Haz un borrador mental.

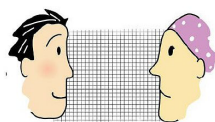
Prepárate, conciénteate de que es un momento crucial para tu paciente. ¡Silencia y guarda tu teléfono!



Que tu lenguaje corporal demuestre que estás muy presente, que escuchas, que te importa.



No uses jerga médica, tópicos ni tecnicismos. Adapta la información a su comprensión. Comprueba su asimilación. Evita fórmulas categóricas como: “Le quedan tres meses”.



Colócate a la altura del enfermo. Si está encamado, siéntate a su lado. Llámale por su nombre. Sé afable, sonríe.

Mira al paciente a los ojos y mantén su mirada. No hay gesto más humano. Sé delicado.



No temas la ternura, toca al enfermo, cógele la mano, demuestra calidez, cercanía.

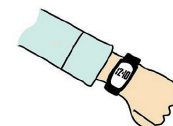


Escuchar activamente es tan importante como hablar. Y no temas los silencios.



Para asegurarte de que entiendes al enfermo y él a ti, haz pequeños resúmenes con este tipo de fórmula:

Entonces lo que me está diciendo es que...



Actúa sin prisas, evita mirar el reloj. El enfermo debe sentirse el centro. La información debe ser pausada y sin brusquedad.

Para alinearte con la información que el paciente necesita, usa preguntas abiertas:



Cuénteme, ¿qué le preocupa?

Valora los signos no verbales del enfermo para entenderlo mejor (gestos, posturas, actitudes y entorno).



No dramáticos. Sé empático, pero profesional. Aunque conmoverte hasta las lágrimas no te hace peor médico.



No banalices. Sé honesto y respetuoso. Coherente y concreto. Nunca mientas.

VIVIR HASTA EL FINAL. GUÍA ILUSTRADA DE CUIDADOS PALIATIVOS (Mónica Lalanda, Daniel Ramos- SECPAL) Conciencia Editorial

Viñetas del libro cedida por sus autores



POR ESO, CUANDO ESTEMOS MUY MAYORES Y ENFERMOS...



...O ANTE EL DIAGNÓSTICO DE UNA **ENFERMEDAD GRAVE**...



LO PRIMERO ES aceptar que NO TODO se puede curar y que OBSTINARSE puede robarnos la DESPEDIDA, INCLUSO UN FINAL CON PAZ Y DIGNIDAD.

*Extracto de *Vivir Hasta El Final. Guía Ilustrada de Cuidados Paliativos*.

prolonga la vida, pero sí el sufrimiento. Este peculiar libro está destinado a los pacientes y familiares que transitan el final de la vida y a los profesionales que los cuidan. Y, además, quiere ser una ventana para que cualquiera entienda el proceso de morir, ese gran tabú de nuestra sociedad. Vivir hasta el final es una guía de información y ayuda cargada de ciencia, conciencia, corazón y mucho color”, reza la sinopsis de este libro.

Los autores de esta obra se decantan por acercar este tema tan serio de una forma muy cercana y, para lograrlo, se ayudan de viñetas coloridas, sencillas y muy respetuosas, que podrían llegar a cualquiera gracias a un solo vistazo.



El Dr. Almudí presentando a la Dra. Lalanda y al Dr. Ramos en la presentación del libro

3.2. ABORDAJE PALIATIVO

Cuando la curación o la mejoría son ya imposibles, todos los médicos deberían utilizar un “abordaje paliativo”.



Esto supone aceptar los límites de los tratamientos y reconocer que toda vida llega a su fin.



Y que a partir de un momento no podemos curar, pero eso no significa “no poder hacer nada”.



La conversación sobre dejar de tratar activamente la enfermedad es dura. Si el médico no la inicia, pacientes y familiares asumen que “hay que seguir”. Se fían.



Esto supone seguir con un tratamiento o probar otros nuevos, participar en más ensayos clínicos... e ignorar la realidad de que el final está cercano y es ya inevitable.

CUALQUIER MÉDICO DE CUALQUIER ÁMBITO DEBE CONSIDERAR LOS CUIDADOS PALIATIVOS COMO LA OPCIÓN NATURAL Y COMO MEDICINA DE EXCELENCIA.

*Extracto de *Vivir Hasta El Final. Guía Ilustrada de Cuidados Paliativos.*

35

“Esta es una gran manera de mostrar, de una forma muy visual y al alcance de cualquier lector, la belleza y la verdadera esencia de los cuidados paliativos. Toda narración nos ayuda a divulgar, porque los relatos nos enseñan y las ilustraciones nos ayudan a recordar con más facilidad, porque la memoria humana es extremadamente sensible a

las representaciones simbólicas”, apunta la Dra. Elia Martínez Moreno, Presidenta de SECPAL y encargada de realizar una introducción para el libro.

“Es por eso que esta obra responde de manera excepcional a uno de los objetivos prioritarios de la junta directiva de SECPAL: impulsar el desarrollo de

los cuidados paliativos en nuestro país, fortaleciendo su presencia y su valor entre los profesionales y a los ojos de la sociedad. Para nosotros contribuye de una forma clara y emotiva a transmitir el verdadero valor de los cuidados paliativos, permitiendo su comprensión y, con ello, su necesaria expansión.”, añadió.

“A veces parece que, en una sociedad en la que tenemos que ser superhéroes, no se nos permite mostrarnos vulnerables”

El 24 de febrero el Colegio de Médicos de Valladolid acogió una jornada diferente, pensada para médicos que sienten el desgaste profesional, que aman su vocación, pero que pocas veces tienen un espacio donde hablar de ello.

A través de un podcast en directo, la Dra. Susana Manso entrevistó al Dr. José Luis Almudí y habló con él de temas tan diversos como la realidad actual del médico, el desgaste profesional que nadie cuenta, la identidad del médico hoy en día, o lo que sentimos y rara vez verbalizamos cuando ejercemos esta profesión.

Además, se presentó el libro “Sanitarios Anónimos”, una obra “que pone voz a lo que muchos médicos viven en silencio” y que comparte título con el espacio que la Dra. Manso tiene en Spotify y que presenta como un podcast que no es bonito, en el que no se habla de héroes, sino de personas. “Aquí no venimos a maquillarlo todo con frases de autocuidado o mantras vacíos. Aquí, se habla de verdad; de guardias eternas, de llorar en el coche, de burnout disfrazado de vocación por la culpa de parar y del miedo por seguir”, recita la creadora en la entradilla de su programa.

“Este podcast nace de la necesidad de hablar aquello que callamos detrás de la bata”, compartió con nosotros la Dra. Manso, “porque a veces no nos atrevemos a contar todo lo que vivimos y todo lo que sufrimos los sanitarios en general y los médicos en particular”.

El cansancio, el agotamiento, las expectativas de la sociedad porque los profesionales de la Medicina sean más superhéroes que personas, esa exigencia de nunca fallar; todo lo que pesa sobre los hombros y se lleva en silencio. Eso es lo que la Dra. Manso quiere sacar a la palestra.

“En esta profesión solemos ser autoexigentes por naturaleza, pero tenemos que recordarnos a nosotros mismos más a menudo que somos personas además de médicos. Siempre vamos a estar para nuestros pacientes en todo lo que podamos para mejorar su salud, pero no podemos hacerlo a costa de la nuestra, porque entonces nos perdemos”, nos explicó.

Ha pasado más de un lustro desde que en España viviésemos la época de mayor exigencia, agotamiento y estrés

que los médicos han experimentado en mucho tiempo. La pandemia del Covid supuso un antes y un después para la profesión. La vocación se puso a prueba, y el cansancio se notó en todos. “El Covid, en realidad, lo que hizo fue sacar las carencias ya existentes del trastero y ponerlas en el escaparate”, apunta la Dra. Manso. “Pensamos que cuando todo aquello acabó, se le iba a dar al médico el valor que tenía y, después de los aplausos, volvimos a lo mismos de antes, o incluso a una situación peor, porque las agresiones a médicos han aumentado significativamente”.

Poco antes de celebrarse la grabación de este podcast, se había celebrado el Congreso del PAIME (Programa de Atención Integral al Médico Enfermo), en el que se resaltó un aumento en la atención a médicos, con 1.933 nuevos casos registrados solo entre 2023 y 2024, destacando un incremento en casos complejos, y apuntando al hecho de que, desde la fundación del programa en 1998, se habían alcanzado ya los 10.000 médicos atendidos.

“Sobrecarga, ansiedad, insomnio, depresión, suicidios... Son temas muy serios que no se hablan lo suficiente”, reivindicó la Dra. Manso. “A veces parece que, en una sociedad en la que tenemos que ser superhéroes, no se nos permite mostrarnos vulnerables, y eso es un gran error, porque nos negamos el pedir ayuda”, apuntó la presentadora de este podcast.

La salud mental es un tema superpendiente entre los médicos, “porque tendemos a esconder que no estamos bien; porque, al tenerlo a mano, podemos caer con más facilidad en la tentación de automedicarnos; y porque caemos en esa trampa de no molestar a los demás cuando somos nosotros los que tenemos que cuidar”, señaló, “lo que nos hace acabar cayendo en lo que yo llamo el inframundo, ese agujero del que es tan difícil salir”, puntualizó la Dra. Manso para terminar.



El Dr. Almudí (centro) charla con la Dra. Manso (derecha) durante la grabación del podcast

La formación multidisciplinar como camino hacia una mejor capacitación de nuestros médicos



Foto de familia de la primera jornada

En su búsqueda de la formación continuada de los colegiados y el abordaje multidisciplinar de la profesión, el Colegio de Médicos de Valladolid presentó los días 11 y 18 de marzo, en su sede, las III jornadas Nefrourológicas Castellano-Leonesas para Atención Primaria, organizadas por la Sociedad Castellana y Leonesa de Medicina de Familia y Comunitaria (socalemFYC).

Las primeras jornadas de este tipo nacieron en el Hospital Río Hortega en el año 2017, pero ya su segunda edición se acogió en el Colegio de Médicos, a donde han vuelto un tiempo después, con la intención de convertirse en "un pie en el que apoyarse más para lograr divulgar más ampliamente la formación en nefrourología", indicó la Dra. Isabel Gutiérrez, Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Presidenta de SocalemFYC y Vocal de Médicos de Atención Primaria Urbana del ICOMVA.

"Personalmente, siempre he apostado por la formación multidisciplinar en aras de enseñar mejor. Veo tremendamente ventajoso para nuestros pacientes y para el conocimiento en general que profesionales de diferentes ámbitos

colaboren entre sí", destacó la Dra. Gutiérrez, "y esta es una patología que está siendo cada vez más prevalente. Hacer un manejo y un cribado muy precoz de los factores de riesgo cardiovascular, desde le ámbito de la Atención Primaria y, cuando es necesario, desde la derivación a otras especialidades, es fundamental", apuntó.

Para ello, estas jornadas contaron con compañeros como los Drs. José María Molero García y Ángel Carlos Matía Cubillo, Médicos de Familia e integrantes del Grupo de Trabajo de Nefrourología y Cardiovascular de la semFYC, respectivamente; el Dr. Gonzalo Cabezón Villalba, Cardiólogo de la Unidad de Insuficiencia Cardíaca del HCUV; la Dra. Elena Martínez Peña, Médico de Familia, e integrante del Grupo de Trabajo de Hipertensión de SocalemFYC; la Dra. M^a. Jesús Izquierdo Ortiz, Jefa del Servicio de Nefrología del Hospital Universitario de Burgos; el Dr. Didier Sánchez Ospina, del Servicio de Análisis Clínicos del mismo hospital; la Dra. Paloma Pérez López, del Servicio de Endocrinología del HCUV; la Dra. Violeta Ramírez Arroyo, Médica de Familia y parte del Grupo de Trabajo de Nutrición de SocalemFYC y semFYC; y el Dr. Daniel Antonio de Luis Román, Jefe del Servicio de Endocrinología del HCUV; todos ellos excelentes profesionales que compartieron generosamente con los asistentes sus conocimientos sobre temas tan variados como el abordaje del síndrome cardiovascular-renal-metabólico, el manejo de la hipertensión arterial desde Atención Primaria, el diagnóstico precoz de la ERC, o la diabetes y síndrome metabólico.



Foto con los ponentes de la segunda jornada

Un día para poner la salud en primer plano

El 7 de abril fue un día para hablar de salud en Valladolid.

Y es que la mañana comenzó con la culminación de un proyecto en el que han colaborado MUFACE, el Consejo General de Colegios Farmacéuticos, el Consejo de Colegios Farmacéuticos Profesionales

de Castilla y León (CONCyL), el Colegio Oficial de Médicos de Valladolid y el Colegio Oficial de Farmacéuticos. Representantes de todas estas entidades se reunieron en una farmacia del Paseo Zorrilla: la puesta en marcha de la receta electrónica concertada de MUFACE en Valladolid, una opción que en Castilla y



Foto de familia de la puesta en marcha de la receta electrónica concertada de MUFACE



León beneficia a unos 68.680 mutualistas de la opción concertada (Asisa, Adeslas, DKV), eliminando el papel y permitiendo retirar medicamentos en farmacias solo con la tarjeta sanitaria.

Además, el Ayuntamiento organizó, en la plaza Zorrilla, un pequeño stand en el que unió a Asociaciones y Colegios Profesionales con el fin de dar visibilidad a sus funciones y acercarlos a la sociedad con motivo del Día Mundial de la Salud.

Un acto al que el Colegio Oficial de Médicos de Valladolid no quiso faltar y en el que repartimos libros, consejos y un código QR con el que las personas que se paraban a escanearlo podían encontrar la campaña #notenredes, promovida desde la Organización Médica Colegial a nivel nacional. Un movimiento que busca poner el foco y avisar sobre el riesgo de creerse los bulos sobre sanidad que cada vez se encuentran con más frecuencia en las redes sociales a través de vídeos que desmontan mitos virales.



Representantes de todas las instituciones sanitarias que participaron en el Día de la Salud

MOVIMIENTO COLEGIAL/ de diciembre a marzo

ALTAS

ESPINA GONZÁLEZ, CLARA	TRASLADO BARCELONA		
ÁLVAREZ PETIZCO, KEVIN	TRASLADO MADRID		
DE PEDRO HERRERO, MARÍA TERESA	TRASLADO PALENCIA		
BERNABÉU RODRÍGUEZ, MÓNICA	TRASLADO TOLEDO		
GARCÍA CASTILLO, JUANA MARÍA	TRASLADO BURGOS		
ROMANO MEDINA, ALEJANDRA	TRASLADO PALENCIA		
GONZÁLEZ LÓPEZ, MARÍA ELENA		ALTA	
BATISTA MAGÍN, MARCEL		ALTA	
PAVILA NOA, KATERINE		ALTA	
MASKALEVA, YAUHENIYA		ALTA	
ZACARÍAS MARTÍNEZ, ALBA ALESSANDRA		ALTA	
POZO TRIANA, LIDIA ESTHER		ALTA	
LÓPEZ ALFONSO, CARLOS		ALTA	
CREGO QUESADA, EFRAÍN ALBERTO		ALTA	
MUÑOZ PÉREZ, LUIS MIGUEL		ALTA	
MARTÍNEZ ARAUJO, ODELVIS		ALTA	
SERA GARCÍA, JENNY TERESA		ALTA	
CALERO RODRÍGUEZ, CARLOS JESÚS		ALTA	
TRUJILLO SANTIAGO, JORGE ERNESTO		ALTA	
ARMAS NAVARRO, ODET DE LA CARIDAD		ALTA	
OSÉS PRADO, EDUARDO DANIEL		ALTA	
VALLE GARCÍA, ELISANDRA		ALTA	
LAGO FERNÁNDEZ, MERILESI BEATRIZ		ALTA	
PADILLA ROSALES, ROSARIO VILMARIS			ALTA
GARNIER ROJAS, JOSÉ DANIEL			ALTA
CRUZ FERNÁNDEZ, MELISSA			ALTA
GARCÍA REYES, JOAN			ALTA
VILLEGAS ROQUE, MARCOS			ALTA
MARTÍ VILLARREAL, DEMI			ALTA
MEDINA MATOS, ESTHER			ALTA
ORDETX TOLEDO, LESLIE			ALTA
PEREZ PEÑA, KARLA			ALTA
SAAVEDRA ACOSTA, JEAN CARLOS			ALTA
HERRERA VALLE, LIZANDRA			ALTA
SOLA MAZA, ENMANUEL	TRASLADO MADRID		
LAO LUGO, LAURA	TRASLADO MADRID		
ÁLVAREZ CASTAÑEDA, ELAINE	TRASLADO MADRID		
REVUELTA DEL PERAL, MARÍA ELISA	REINGRESO DE CESE		
ANDRÉS HERNÁNDEZ, NOELIA	TRASLADO ASTURIAS		
SABATES AMARAL, AREANE DE LAS MERCEDES		ALTA	
HERNÁNDEZ TORÉS, NELSON		ALTA	
MERCADO VILERA, ANIBAL RAFAEL		ALTA	
MAURI PADRÓN, MARÍA YANIELA		ALTA	
MARTÍN SARASOLA, CARLOS MANUEL		ALTA	
HERNÁNDEZ CARCAMO, LEIDY DAYANA		ALTA	
ROJAS HERNÁNDEZ, JOSELIN DEL VALLE		ALTA	

MOVIMIENTO COLEGIAL/ de diciembre a marzo

ALTAS

ESPINA GONZÁLEZ, CLARA	TRASLADO BARCELONA
ÁLVAREZ PETIZCO, KEVIN	TRASLADO MADRID
DE PEDRO HERRERO, MARÍA TERESA	TRASLADO PALENCIA
BERNABÉU RODRÍGUEZ, MÓNICA	TRASLADO TOLEDO
GARCÍA CASTILLO, JUANA MARÍA	TRASLADO BURGOS
ROMANO MEDINA, ALEJANDRA	TRASLADO PALENCIA
GONZÁLEZ LÓPEZ, MARÍA ELENA	ALTA
BATISTA MAGÍN, MARCEL	ALTA
PAVILA NOA, KATERINE	ALTA
MASKALEVA, YAUHENIYA	ALTA
ZACARÍAS MARTÍNEZ, ALBA ALESSANDRA	ALTA
POZO TRIANA, LIDIA ESTHER	ALTA
LÓPEZ ALFONSO, CARLOS	ALTA
CREGO QUESADA, EFRAÍN ALBERTO	ALTA
MUÑOZ PÉREZ, LUIS MIGUEL	ALTA
MARTÍNEZ ARAUJO, ODELVIS	ALTA
SERA GARCÍA, JENNY TERESA	ALTA
CALERO RODRÍGUEZ, CARLOS JESÚS	ALTA
TRUJILLO SANTIAGO, JORGE ERNESTO	ALTA
ARMAS NAVARRO, ODET DE LA CARIDAD	ALTA
OSÉS PRADO, EDUARDO DANIEL	ALTA
VALLE GARCÍA, ELISANDRA	ALTA
LAGO FERNÁNDEZ, MERILESI BEATRIZ	ALTA

PADILLA ROSALES, ROSARIO VILMARIS	ALTA
GARNIER ROJAS, JOSÉ DANIEL	ALTA
CRUZ FERNÁNDEZ, MELISSA	ALTA
GARCÍA REYES, JOAN	ALTA
VILLEGAS ROQUE, MARCOS	ALTA
MARTÍ VILLARREAL, DEMI	ALTA
MEDINA MATOS, ESTHER	ALTA
ORDETX TOLEDO, LESLIE	ALTA
PEREZ PEÑA, KARLA	ALTA
SAAVEDRA ACOSTA, JEAN CARLOS	ALTA
HERRERA VALLE, LIZANDRA	ALTA
SOLA MAZA, ENMANUEL	TRASLADO MADRID
LAO LUGO, LAURA	TRASLADO MADRID
ÁLVAREZ CASTAÑEDA, ELAINE	TRASLADO MADRID
REVUELTA DEL PERAL, MARÍA ELISA	REINGRESO DE CESE
ANDRÉS HERNÁNDEZ, NOELIA	TRASLADO ASTURIAS
SABATES AMARAL, AREANE DE LAS MERCEDES	ALTA
HERNÁNDEZ TORÉS, NELSON	ALTA
MERCADO VILERA, ANIBAL RAFAEL	ALTA
MAURI PADRÓN, MARÍA YANIELA	ALTA
MARTÍN SARASOLA, CARLOS MANUEL	ALTA
HERNÁNDEZ CARCAMO, LEIDY DAYANA	ALTA
ROJAS HERNÁNDEZ, JOSELIN DEL VALLE	ALTA

MOVIMIENTO COLEGIAL/ de diciembre a marzo

ALTAS

ROMÁN MENDÉZ, BARBARA YALEN	ALTA	NAVARRO RODRÍGUEZ, ZADIS	ALTA
AHMADI, MOHAMMAD	ALTA	TORRES MACEO, JOSÉ MANUEL	ALTA
CEDEÑO OSORIO, OLIVIA	ALTA	HERNÁNDEZ HERRERA, CHAVELI	ALTA
FIGUEIRA RIVERO, MARIANA CELESTE	ALTA	LUGO VERA, YANARIS	ALTA
DESVAUX GARCÍA, MIRIAM	TRASLADO LEÓN	DELGADO GARRIGA, YORDANI	ALTA
LÓPEZ-PARDO RICO, MARÍA	TRASLADO LUGO	ALMANZA MARTÍNEZ, DANIELA AIMARA	ALTA
MARTÍNEZ BLANCO, PABLO	TRASLADO CUENCA	PÉREZ HERNÁNDEZ, YENISLIUVYS	ALTA
ÁLVAREZ RAMÍREZ, EMILY	TRASLADO MADRID	CABALLERO CALUNGA, CLAUDIA DE LA CARIDAD	ALTA
ARAUJO BRICEÑO, JOSÉ LUIS	TRASLADO MADRID	OLIVERA BENCOMO, MELISSA	ALTA
MORALES GONZÁLEZ, RAISEL DE J.	TRASLADO MADRID	COLLI ALONSO, ITALO ALFREDO	ALTA
GONZÁLEZ RIVERA, DAYRON	TRASLADO MADRID	OLIVERA LUQUE, DIANA MARÍA	ALTA
GARCÍA LIENS, DANIEL JOSÉ	TRASLADO MADRID	FERNÁNDEZ DÍAZ, MARÍA CARLA	ALTA
GARCÍA CASALS, THAIS	TRASLADO MADRID	RODRÍGUEZ GÓMEZ, MELISA MAURA	ALTA
ÁLVAREZ LUNA, GRETCHEN	TRASLADO MADRID	SAURA PERERA, ANABEL	ALTA
DEL POZO CALZADA, M ^ª .CARMEN	TRASLADO CANTABRIA	CASTELLANOS CARRERO, MERCEDES CARIDAD	ALTA
CABRIA BAHAMONDE, ROSALINDA	REINGRESO DE CESE	RODRÍGUEZ CAMBA, LAURA IVIS	ALTA
FERMOSO ÁLVAREZ, GONZALO	TRASLADO ZAMORA	PEDROSO MILIAN, MARIO FELIPE	ALTA
SOLDARINI, STEFANÍA	TRASLADO VALENCIA	ÁLVAREZ CUÑAT, VILMA	ALTA
SEJAS OCAÑA, ABRAHAN	ALTA	MARRERO ECHEMENDIA, ALIANA	ALTA
DURAN OCHOA, ATIANA EUGENIA	ALTA	PÉREZ PRIETO, ALEJANDRO	ALTA
GARCÍA ROQUE, ODALYS	ALTA	HERNÁNDEZ ALEJO, EMILIO DANIEL	ALTA
TORRES ENCINAS, YUSLEIDYS	ALTA	MUÑIZ VIADA, ISEL MARÍA	ALTA
QUESADA SIBELLO, EMILIO	ALTA	RUIZ COELLO, ANABELLE	ALTA
SANTANA COELLO, CARMEN IVET	ALTA	ABSTENGO ZAMORA, MANUEL ERNESTO	ALTA

MOVIMIENTO COLEGIAL/ de diciembre a marzo

BAJAS

SORIANO INIESTA, JOEL	EXCEDENCIA
RUBIO SANZ, JERÓNIMO	TRASLADO A MADRID
SUÁREZ SANTOS, SARAHI	TRASLADO A VALENCIA
LEE BLANCO, DAVID CAROL	TRASLADO A BARCELONA
QUINTANA LÓPEZ, LUIS AMADO	TRASLADO A GRANADA
FLORES MOYA, RAÚL ANDRÉS	TRASLADO A TARRAGONA
ÁLVAREZ ILLANES, MIREYA M.	TRASLADO A TARRAGONA
MÁRQUEZ PÉREZ, KARLA ESTEFANÍA	CESE DE ACTIVIDAD
ALPIZAR OPIZO, ALAIN	TRASLADO A STA. CRUZ DE TENERIFE
PÉREZ ESTEBAN, JOSÉ DOMINGO	TRASLADO A LAS PALMAS
MORA DIEGUEZ, JOSÉ RAÚL	TRASLADO A BARCELONA
TEJERA NÚÑEZ, BRENDA	TRASLADO A ASTURIAS
LORENZO ARMAS, ARLETY	TRASLADO A STA. C. DE TENERIFE
LÓPEZ PÉREZ, INGRID	TRASLADO A ALICANTE
GONZÁLEZ AGUILERA, JORGE ENRIQUE	TRASLADO A MURCIA
FERNÁNDEZ ZALDÍVAR, ARLETTY	TRASLADO A ASTURIAS
CASTILLO CASANOVA, BRYAN	TRASLADO A ASTURIAS
PÉREZ VÁZQUEZ, IAN	TRASLADO A VALENCIA
GONZÁLEZ RODRÍGUEZ, DARIEN	TRASLADO A JAÉN
HERRERA ACOSTA, OSVALDO	TRASLADO A CÁDIZ
PÉREZ MARTÍNEZ, CARIDAD DE J.	TRASLADO A VALENCIA
GARCÍA ROQUE, ODALYS	TRASLADO A LAS PALMAS
GARCÍA LIENS, JOSÉ DANIEL	TRASLADO A ISLAS BALEARES
LAHERRÁN CANTERA, NURIA	TRASLADO INTERNACIONAL UK

MENCIA ALTOZANO, ALBERTO	TRASLADO A MADRID
D'HIVER CANTALEJO, YANIRA	TRASLADO A TOLEDO
MARÍN ALONSO, BRENDA ROSA	TRASLADO A ASTURIAS
MORALES OYARZABAL, YOSDANY	TRASLADO A ASTURIAS
GARCÍA VIERA, LÁZARO FELIPE	TRASLADO A VALENCIA
DÁVILA BETANCOURT, JAIRO	TRASLADO A NAVARRA
LLERENA RODRÍGUEZ, ELIO	TRASLADO A STA. C. DE TENERIFE
QUESADA SIBELLO, EMILIO	TRASLADO A GIRONA
SANTANA COELLO, CARMEN IVET	TRASLADO A GIRONA
LUGO VERA, YANARIS	TRASLADO A VALENCIA
ESCUDERO MELGAR, JUAN JORGE	TRASLADO A ALICANTE
TAMARGO FLORES, ORLANDO MIGUEL	TRASLADO A LA RIOJA
DEL POZO DIEZ, CARMEN MARÍA	TRASLADO A PALENCIA
USSA HERRERA, FERNANDO	TRASLADO A ASTURIAS
FERNÁNDEZ CORDÓN, CLARA	TRASLADO INTERNACIONAL
LUPION DURÁN, TERESA MARÍA	TRASLADO A ASTURIAS
MONTES TOME, ARNOLD A.	TRASLADO INTERNACIONAL
VILLAR COBEÑA, MARÍA ALMUDENA	TRASLADO A SEGOVIA
GARCÍA GARCÍA, LAURA	TRASLADO A SALAMANCA
DOMÍNGUEZ CASTILLO, OLIERT JOSÉ	TRASLADO A HUESCA
FIALLO ZAMORA, CARLOS MANUEL	TRASLADO A BARCELONA
VALDES SMITH, SWAN	TRASLADO A LUGO
ROSILDO CRUZ, IRVING	TRASLADO A BADAJOZ
GOBERNA ROCHA, MAITE	TRASLADO A CIUDAD REAL

MOVIMIENTO COLEGIAL/ de diciembre a marzo

BAJAS

MACEDO MENDOZA, CINTHIA YARELI	TRASLADO A GIRONA
CASTELLANOS CABRERA, RAFAEL A.	TRASLADO A CÁDIZ
PÉREZ RAMÍREZ, ALEJANDRO	TRASLADO A STA. C. TENERIFE
RAMOS LUGO, FRANCISCO DAVID	TRASLADO A CASTELLÓN
FELIZ FELIZ, THEANNY FRANCESCA	TRASLADO A TOLEDO
MOHAMED ROSABAL, HUSSAM	TRASLADO A CORUÑA
VERA UTRIA, LYZ MARY	TRASLADO A BADAJOZ
PONCE LÓPEZ, DANIEL DAVID	TRASLADO A PONTEVEDRA
CARVAJAL BORGES, CLAUDIA	TRASLADO A VALENCIA
COLLI ALONSO, ITALO ALFREDO	TRASLADO A VALENCIA
FIDALGO CASTROMIL, CECILIA	CESE DE ACTIVIDAD
CUBERO CASTILLO, MIGUEL	TRASLADO A MADRID

LOSADA CAMPA, JUAN	TRASLADO A MADRID
HERNÁNDEZ BLANCO, JANET C	TRASLADO A VALENCIA
MEDEROS MÉNDEZ, MANUEL	TRASLADO A VALENCIA
PEDROSO MILIAN, MARIO FELIPE	TRASLADO A TENERIFE
FIGUEREDO LUGO, LISMAURA	TRASLADO A HUELVA
LAUZÁN RICCARDI, DANIELA.	TRASLADO A BARCELONA
RUIZ COELLO, ANABELLE	TRASLADO INTERNACIONAL

FALLECIMIENTOS:

CHARLE ASEGURADO, CARLES
 CASTANEDO ALLENDE, MANUEL JOSÉ
 ANDRÉS VILORIA, JOSÉ IGNACIO



El Día del Médico está cada vez más cerca, y los programas de actividades deportivas que el ICOMVA celebra cada año para festejarlo, ¡también!

Te dejamos por aquí la información sobre las competiciones que hemos organizado este año, pensadas para el disfrute de nuestros colegiados, así como para fomentar el compañerismo y el espíritu deportivo antes de la gran celebración.

Actividades:

XXV Torneo Pádel

- Femenino: Martes, 19 de mayo de 2026
- Masculino: Miércoles, 20 de mayo de 2026

XXIX Torneo de Golf: Sábado, 6 de junio de 2026 a las 10:00 h.

Paintball: Martes, 16 de junio de 2026 a las 18:00 h.

Te recordamos que la inscripción es gratuita y que en nuestra web encontrarás toda la información necesaria. Para inscribirte, solo tienes que completar el formulario único, seleccionando aquellas actividades en las que deseas participar.

¡Anímate a participar, disfrutar de la actividad y comparte buenos momentos con otros compañeros/as. ¡Te esperamos!

Más Información: Departamento de Trabajo Social. Tel.: 983 35 54 88 Ext. 2/ 604 85 01 33. e-mail: trabajosocial@medicosva.es

La nueva educación médica y la Inteligencia Artificial

Por el Dr. Luis Inglada, especialista en Medicina Interna del Grupo Recoletas

La inteligencia artificial está transformando la práctica clínica moderna de manera más profunda de lo que suele reconocerse. Su impacto no radica solo en la capacidad técnica para procesar grandes volúmenes de datos, sino en la reorganización del razonamiento clínico, la formación de residentes, la seguridad del paciente, el flujo asistencial y la relación médico-paciente. La IA no sustituye el juicio humano, pero sí cambia las condiciones en las que dicho juicio se desarrolla. La mayoría de los sistemas de IA aplicados en la clínica se basan en modelos de aprendizaje profundo (Deep Learning), que requieren grandes volúmenes de datos etiquetados para su entrenamiento y validación.

Se analiza cómo la IA modifica la arquitectura cognitiva del hospital y del propio médico. Examina el modo en que amplía el diagnóstico diferencial, revela sesgos, organiza el pensamiento y protege frente al error. Pero también advierte de sus límites: la ilusión de coherencia, la falsa seguridad, la dependencia cognitiva y el riesgo de erosión de la relación clínica. La tecnología puede ser brillante

en detectar patrones, pero carece de intuición, prudencia, responsabilidad y sensibilidad ante el sufrimiento humano.

A lo largo de vario capítulos, que iremos compartiendo a lo largo de los próximos números de esta revista, el Dr. Inglada muestra que la IA bien integrada no deshumaniza la medicina, sino que libera al médico de tareas que entorpecen su labor. Reduce ruido, estructura información, anticipa deterioros y permite que la presencia del médico-su mirada, su palabra, su acompañamiento vuelva a ocupar el lugar central. El futuro inmediato no será un hospital autónomo, sino un hospital que piensa mejor. Una medicina más lúcida, más clara, más segura.

La inteligencia artificial no constituye una amenaza para la profesión, sino un catalizador del pensamiento clínico. Lo verdaderamente decisivo será la formación del médico moderno: su capacidad para evaluar modelos, detectar errores, mantener autonomía cognitiva y proteger la relación terapéutica. En una era de información aumentada, el buen

médico no será el que más tecnología utilice, sino el que mejor la supervise. Porque la IA ayuda a pensar, pero solo el médico puede ayudar a sanar.

CAPÍTULO 1. El mito del experto en IA que no usa IA

Hay una diferencia abismal entre hablar de inteligencia artificial y trabajar con ella. Es tan evidente para quien la usa como invisible para quien solo la comenta. Sin embargo, en el discurso público sobre IA en medicina-en congresos, en redes, en artículos de opinión y en entrevistas periodísticas domina la figura del comentarista que nunca ha entrado en contacto real con un modelo, que no ha puesto a prueba un sistema, que no ha explorado sus límites ni ha sido víctima de sus errores. Es un fenómeno curioso, casi antropológico: una tecnología que exige uso y práctica se ha convertido en un terreno donde cualquiera opina con autoridad.

La medicina ha vivido antes episodios similares. Cuando aparecieron los primeros ecógrafos portátiles, algunos hablaban de ellos como si fuesen juguetes; los que realmente los usaban descubrieron pronto sus fortalezas y sus trampas. Con la inteligencia artificial sucede algo parecido, pero multiplicado por mil. La IA no es un dispositivo que se enchufa o se apaga; es un entorno cognitivo que transforma la forma de pensar del clínico. Y eso solo se descubre al trabajar con ella, no al teorizar desde la distancia.

El mito del experto que no usa IA nace de un fenómeno muy humano: la ilusión de comprensión. Las personas que leen sobre IA creen que la entienden. Los que la prueban superficialmente creen que la dominan. Los que la utilizan de forma profunda descubren que no la entienden del todo, que exige aprendizaje continuo, que sorprende y que fracasa, que es brillante en un caso y torpe en





el siguiente. Es en esa fricción donde surge el conocimiento real. Y también la humildad.

El problema no es que existan voces externas opinando. La ciencia siempre ha necesitado filósofos, analistas y pensadores que interpreten sus consecuencias. El problema es que, en el caso de la IA aplicada a la medicina, esas voces se han convertido en la principal referencia pública, desplazando a quienes verdaderamente trabajan con estos modelos en el día a día. Se habla de ética, de regulación, de impacto social, de riesgos sistémicos, y todo ello es imprescindible, pero se ignora la experiencia elemental: qué ocurre cuando un clínico se sienta frente a un sistema de IA y trata de resolver un caso real.

Esa experiencia es muy distinta del discurso generalista. Un modelo puede ser impecable al generar un razonamiento diferencial y, sin embargo, fallar de manera grotesca al interpretar un matiz fisiopatológico. Puede identificar patrones que un humano tardaría horas en ver y a la vez malinterpretar algo tan básico como un valor fuera de rango porque el contexto clínico cambia. Puede ser extraordinario en reconocer neumonías en radiografías, y a la vez incapaz de distinguir una línea basal antigua de un cambio agudo significativo. Estas imperfecciones no aparecen en las conferencias de “expertos conceptuales”; aparecen en la consulta, en la planta,

en urgencias, cuando la herramienta se utiliza de verdad.

Uno de los rasgos más llamativos del falso experto es su incapacidad para describir un error real de la IA. Hablan de sesgos, de datos, de transparencia algorítmica-todo ello relevante -, pero no pueden señalar un caso concreto donde un modelo haya fallado, por qué ha fallado y cómo ese fallo modifica la toma de decisiones clínicas. El que usa IA sí puede hacerlo. Puede contar cómo un modelo generativo ofreció un diagnóstico imposible biológicamente, o cómo un lector automático de imagen confundió un artefacto con una consolidación, o cómo una IA conversacional reconstruyó erróneamente una cronología crítica en una historia clínica. Quien usa IA tiene cicatrices. Quien no la usa solo tiene opiniones.

La medicina es una disciplina donde el prestigio se ha construido siempre sobre la experiencia. Un cirujano sin casos no se considera un experto. Un cardiólogo que no ha hecho guardias de agudos no es un cardiólogo completo. Y, sin embargo, en IA hemos invertido la lógica: quien menos la usa es quien más habla de ella. Es un síntoma inquietante, porque distorsiona la percepción que la comunidad clínica tiene de esta tecnología y retrasa su integración real y sensata.

Hay un daño silencioso derivado de este fenómeno. Cuando quienes opinan

sin usar la herramienta establecen el marco de discusión, los clínicos que sí desean aprender pueden sentirse intimidados. Creen que necesitan un nivel de sofisticación conceptual que no poseerán jamás, cuando en realidad lo único imprescindible es usar la tecnología, equivocarse con ella, entender su lógica interna, aprender sus recorridos típicos de error y descubrir sus puntos fuertes. La IA aplicada a la medicina no requiere un doctorado en ingeniería: requiere criterio clínico. Lo demás se construye con práctica.

También se produce otro efecto, más sutil: una disociación entre las expectativas públicas y la realidad asistencial. Mientras los analistas externos hablan de autonomía diagnóstica, algoritmos que “razonan” o sistemas que “aprenden solos”, los clínicos que trabajan con IA saben que el reto real está en cosas más concretas: que un modelo no confunda un paciente con insuficiencia cardiaca con un EPOC reagudizado; que un sistema de alerta no se active veinte veces por turno con falsos positivos; que un generador de texto no introduzca información inventada en un informe. El contraste entre el discurso futurista y el trabajo clínico cotidiano es enorme.

Pero quizá el punto más crítico sea este: la IA bien usada puede mejorar el razonamiento clínico; la IA mal entendida lo empeora. Para que mejorelo, el clínico debe saber cuándo la IA es útil y cuándo no. Debe distinguir entre tareas cognitivas que pueden delegarse (resumir información, ordenar hipótesis, identificar patrones) y las que no (interpretar un matiz clínico, decidir una conducta, comprender el sufrimiento de un paciente). Quien nunca ha usado IA no puede hacer esta distinción. Y por eso sus recomendaciones suelen ser engañosamente absolutas: o todo es maravilloso, o todo es una amenaza.

La realidad es más matizada. La IA es una tecnología poderosa, pero frágil. Puede aumentar la precisión diagnóstica en determinados contextos y a la vez generar errores graves en otros. Puede liberar tiempo cognitivo y a la vez demandar más vigilancia. Puede reducir variabilidad injustificada y a la vez introducir sesgos nuevos. Conocer estos matices exige experiencia. Experiencia real. Experiencia

clínica. Experiencia con casos, no con ideas.

El clínico que trabaja con IA aprende pronto una lección fundamental: la IA no sustituye al razonamiento; lo obliga a hacerse explícito. Cuando un modelo te ofrece una hipótesis, tú debes evaluarla como si tu reputación dependiera de ello. Cuando un algoritmo falla, debes entender por qué. Este ejercicio constante de contraste crea un tipo de pensamiento más nítido, más estructurado. Es una gimnasia intelectual que no aparece en la teoría: aparece en la práctica.

Los profesionales que realmente dominan la IA en medicina no son quienes más hablan, sino quienes más la usan. Son clínicos que han dedicado horas a analizar salidas del modelo, a detectar patrones de error, a evaluar cómo una herramienta interactúa con un contexto clínico real. Son personas que han descubierto que la IA no es una revolución abstracta, sino un recurso operativo que amplía la capacidad de ver antes lo relevante.

La IA no exige expertos conceptuales. Exige usuarios clínicos expertos. Esta necesidad de experticia en el uso crítico de la IA se conoce como “alfabetización en IA” (AI literacy), una competencia fundamental para el clínico moderno. 16

Y para eso, la condición mínima es haberla usado.

CAPÍTULO 2. El nuevo médico aprendiz: aprender clínica en un mundo aumentado

Durante décadas, el aprendizaje clínico ha seguido un patrón casi ritual. El residente observaba, imitaba, cometía errores, corregía, volvía a intentar. La progresión era lenta, artesanal, marcada por la experiencia directa y la exposición repetida a situaciones similares. El aprendizaje clínico era, en esencia, una transmisión de oficio: el maestro enseñaba no solo técnicas, sino una forma de mirar y de pensar.

La llegada de la inteligencia artificial altera ese modelo de forma profunda. No lo destruye, pero lo reconfigura. La IA introduce en la formación médica un nuevo actor cognitivo. Y esa presencia cambia tanto el ritmo del aprendizaje como su naturaleza.

Por primera vez en la historia, un residente puede contrastar su razonamiento clínico con una segunda mente-rápida, articulada, sistemática que ofrece hipótesis alternativas, estructuración lógica, resúmenes precisos y análisis comparativos en tiempo real. Esto no sustituye la supervisión del adjunto, pero sí la complementa de una manera que hace dos años habría parecido ciencia ficción. La pregunta que surge entonces no es si el residente debe usar IA, sino cómo debe hacerlo para aprender mejor. Porque la IA,

mal utilizada, puede atrofiar la capacidad de pensar. Bien utilizada, puede acelerarla hasta niveles imposibles con los métodos clásicos.

1. Del aprendizaje imitativo al aprendizaje comparativo

El residente tradicional aprendía fundamentalmente por imitación. El adjunto resolvía un caso, explicaba su razonamiento-a veces explícito, a veces implícito, y el residente absorbía una parte del proceso. Mucho quedaba sin verbalizar: la intuición del adjunto, su memoria experiencial, sus sesgos, su estilo de pensar. El residente aprendía por exposición, no por contraste.

La IA introduce un cambio esencial: el residente puede comparar. Comparar su razonamiento con el de un modelo. Comparar hipótesis. Comparar estructuras lógicas. Comparar decisiones.

Este contraste revela lagunas, fortalezas y patrones de pensamiento que antes tardaban años en emerger. El residente descubre, por ejemplo, que sus diagnósticos diferenciales son incompletos, que su priorización no es consistente o que está pasando por alto detalles clínicos que el modelo detecta con facilidad. También descubre lo contrario: que la IA comete errores que él no comete, que carece del contexto clínico que él sí posee, que se equivoca al interpretar un matiz fisiopatológico.

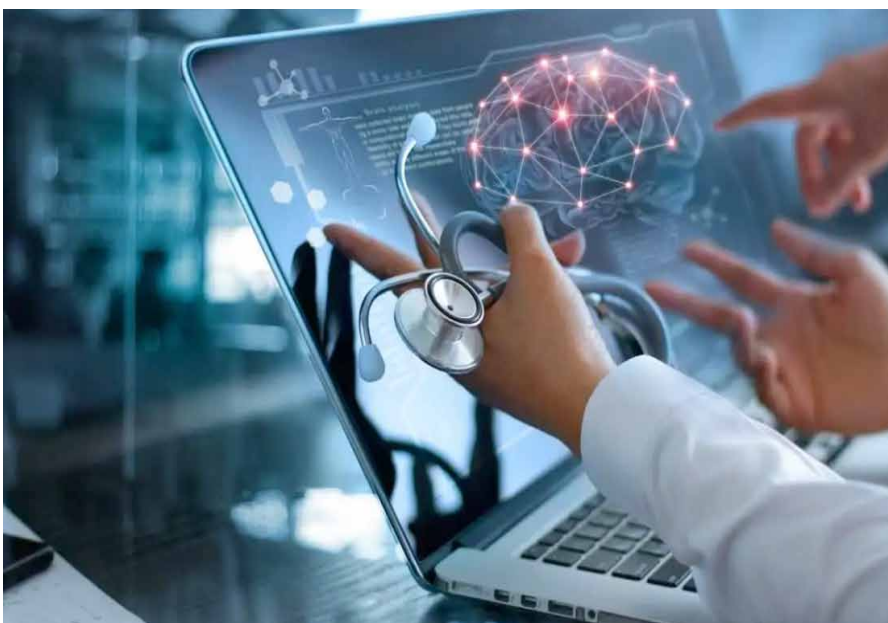
Ese proceso dual-aprender de los aciertos del modelo y aprender de sus fallos genera una forma de aprendizaje mucho más rica que la mera observación.

2. La nueva explicitación del pensamiento clínico

Una de las transformaciones más importantes que trae la IA es la obligación de explicitar el pensamiento.

El adjunto experto toma decisiones rápidas basadas en años de experiencia. Sabe que un paciente “huele a séptico”, que “algo no encaja” en una analítica o que “hay que estar atentos a esta evolución”, pero no siempre puede verbalizar el camino cognitivo que lo conduce a esa intuición.

El residente, sin embargo, no puede basarse en intuiciones porque aún no las



tiene. Y la IA, al generar razonamientos estructurados, obliga al residente a verbalizar y defender el suyo:

- ¿Por qué piensas que esta hipótesis es más probable?
- ¿Por qué descartas esta alternativa?
- ¿Qué dato sustenta tu primera impresión?
- ¿Qué esperarías encontrar si tu hipótesis fuese correcta?

La IA, más que dar respuestas, actúa como un espejo del razonamiento clínico del residente. Lo fuerza a organizar su pensamiento, a justificarlo y, sobre todo, a reconocer sus lagunas. Esa explicitación temprana acorta años del proceso de maduración cognitiva.

3. La aceleración del ciclo de retroalimentación

Antes, un residente necesitaba semanas o meses para recibir retroalimentación de suficiente calidad como para identificar patrones recurrentes de error. Un caso mal enfocado en urgencias podía olvidarse, y la lección, diluirse.

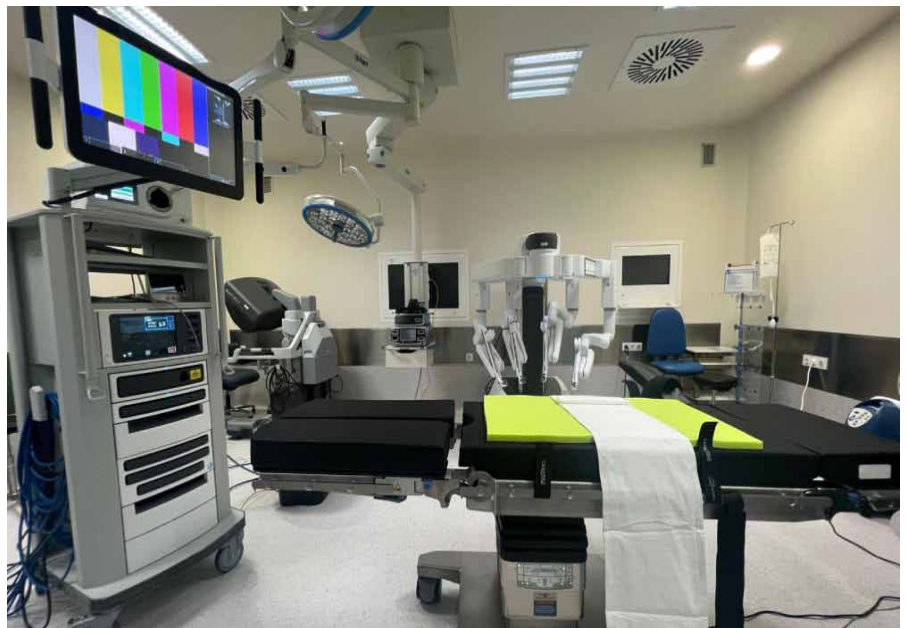
La IA permite una retroalimentación casi inmediata.

No siempre perfecta, no siempre profunda, pero sí constante.

Un residente que practica casos clínicos con IA-bien seleccionados, bien planteados puede enfrentarse en una tarde a más variabilidad clínica que en una guardia habitual. La repetición estructurada, la iteración, el análisis de hipótesis alternativas y el refinamiento progresivo del razonamiento generan un aprendizaje intenso, casi deliberado.

Este tipo de entrenamiento cognitivo no sustituye la experiencia real, pero la potencia. Un residente que ya ha revisado decenas de casos similares con IA llega mejor preparado a la situación real. Ha visto patrones, ha cometido errores virtuales, ha corregido sesgos, ha detectado incoherencias. Su cerebro ha practicado antes de encontrarse con el paciente.

Es lo más parecido a un simulador cognitivo que la medicina ha tenido nunca.



4. El riesgo real: delegar el pensamiento

El peligro principal no es que el residente use IA. El peligro es que la use mal.

La IA puede convertirse en una muleta cognitiva que reduce la exigencia intelectual. Si el residente acepta sin cuestionar la salida del modelo, si delega el diagnóstico, si renuncia a examinar el razonamiento subyacente, entonces la IA se convierte en un obstáculo para su formación.

El residente debe aprender a interactuar críticamente: Este proceso de interacción crítica se enmarca en el concepto de "Inteligencia Aumentada" (Augmented Intelligence), donde la máquina potencia la capacidad humana en lugar de reemplazarla. 4

- validar
- cuestionar
- rechazar
- reinterpretar
- complementar
- corregir

La IA no es un oráculo. Es un colaborador exigente que requiere supervisión constante. La diferencia entre aprender con IA y pensar que la IA piensa por uno es enorme.

La primera opción forma clínicos mejores. La segunda los debilita.

5. El residente como auditor del modelo

Un concepto nuevo empieza a emerger en la medicina moderna: el residente no solo aprende clínica, también aprende a auditar modelos. Debe ser capaz de:

- detectar razonamientos circulares
- identificar información inventada (alucinaciones)
- reconocer sesgos
- discriminar entre patrones relevantes y ruido
- valorar cuándo la IA está fuera de su dominio
- corregir la salida del modelo sin perder firmeza clínica

Este papel es esencial porque la IA, pese a sus capacidades, comete errores muy distintos a los de un humano. Es sistemática en sus aciertos y sistemática en sus fallos. El residente que aprende a detectar esos fallos desarrolla una sensibilidad cognitiva fina, un pensamiento más disciplinado y una vigilancia clínica más robusta.

Paradójicamente, la IA bien supervisada forma clínicos más críticos, no más dependientes.

6. La necesidad de una pedagogía nueva

Si la forma de aprender cambia, la forma de enseñar debe cambiar también. No

basta con decirle al residente que use IA: hay que enseñarle a usarla bien.

Esto implica:

- seleccionar modelos adecuados
- plantear preguntas correctas
- desglosar razonamientos
- detectar errores del modelo
- comparar razonamientos humano-máquina
- incorporar la IA a sesiones clínicas, guardias, talleres y simulaciones
- enseñar cuándo NO debe usarse

La docencia de la era digital no consiste en reemplazar contenidos, sino en añadir una capa de entrenamiento cognitivo adicional que antes no existía. Es una docencia más consciente, más transparente y más estructurada.

En este contexto, el adjunto deja de ser solo un transmisor de experiencia y se convierte en un arquitecto cognitivo: alguien que ayuda a que el residente aprenda a pensar con herramientas que amplifican la práctica clínica.

7. El nuevo médico aprendiz

El residente que se forma en este entorno no es un receptor pasivo de conocimiento. Es un investigador de su propio pensamiento. Usa la IA no para acertar antes, sino para entender mejor. No para delegar, sino para refinar. No

para obtener conclusiones rápidas, sino para aprender a sostener conclusiones sólidas.

Ese residente-curioso, crítico, supervisado, estructurado será el clínico del futuro.

Un profesional capaz de manejar incertidumbre, validar sistemas, corregir sesgos y razonar con claridad en un entorno saturado de información. Un médico que no teme la IA porque la conoce. Que no la idolatra ni la demoniza. Que la integra con equilibrio.

Un médico formado no solo para ver pacientes, sino para ver cómo piensa. 17-18

Recuerden que en el próximo número de *AXIS* compartiremos los siguientes capítulos. Por ahora, les dejamos la bibliografía referida hasta el momento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Topol EJ. Deep medicine: how artificial intelligence can make healthcare human again. *Nat Med.* 2021;27(5):757–9.
2. Rajpurkar P, Chen E, Banerjee O, Topol EJ. AI in health care: the hope, the hype, the promise, the peril. *N Engl J Med.* 2022;386(25):2448–2450.
3. He J, Baxter SL, Xu J, Xu J, Zhou X, Zhang K. The practical implementation

of AI in healthcare. *Nat Med.* 2021;27(3):417–27.

4. Sendak M, Gao M, Nichols M, Lin A, Balu S. Machine learning in clinical care: lessons from deployment. *NEJM Catalyst.* 2021;2(4):1–12.

5. Wong A, Otles E, Donnelly JP, et al. External validation of a widely implemented deterioration prediction model. *JAMA.* 2021;326(7):646–55.

6. Shortliffe EH. Artificial intelligence in medicine: today and tomorrow. *N Engl J Med.* 2022;387(16):1473–1477.

7. Sung J, Kapoor N, Du J, et al. Real-world performance of an AI sepsis early warning system. *Crit Care Med.* 2022;50(7):1029–39.

8. Beam AL, Kohane IS. Big data and machine learning in health care. *JAMA.* 2021;326(12):1159–60.

9. Kelly CJ, Karthikesalingam A, Suleyman M, Corrado G, King D. Key challenges for AI in healthcare. *Lancet.* 2022;400(10350):132–44.

10. Obermeyer Z, Emanuel E. Predicting the future: big data, machine learning, and clinical medicine. *N Engl J Med.* 2021;385(15):1225–32.

11. Davenport T, Kalakota R. The potential for AI in healthcare. *Future Healthc J.* 2021;8(2):e188–94.

12. Kwon J, Lee K, Kim KH, et al. AI-based early warning system for clinical deterioration. *Lancet Digital Health.* 2021;3(3):e153–62.

13. Esteva A, Robicquet A, Ramsundar B, et al. A guide to deep learning in healthcare. *Nat Med.* 2021;27(5):740–55.

14. Liu X, Faes L, Kale AU, et al. A comparison of deep learning performance against health-care professionals. *Lancet Digital Health.* 2022;4(3):e174–84.

15. Wong CH, et al. AI for clinical decision support: systematic review. *BMJ.* 2021;372:n71.

16. Johnson AEW, Ghassemi M, Nemati S, et al. Machine learning and decision support in critical care. *Crit Care.* 2021;25:57.

17. Chen JH, Asch SM. Machine learning and prediction in medicine: beyond the peak of inflated expectations. *N Engl J Med.* 2021;385(15):1234–35.

18. Stead WW. Clinician reasoning vs. machine reasoning. *JAMA.* 2022;328(1):11–12.

19. Meskó B, Görög M. A short guide for medical professionals in the era of AI. *J Med Internet Res.* 2022;24(6):e40226.



Las clínicas y sanatorios quirúrgicos de Valladolid

Por el Dr. Carlos Vaquero, Catedrático Emérito de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid

La atención sanitaria hospitalaria en Valladolid se ha soportado fundamentalmente a lo largo de su historia y en el pasado más lejano, en los dos grandes hospitales de la ciudad, por una parte, el Hospital de Esgueva que permaneció abierto por más de ochocientos años desde el año 1111 considerado el de su inicio, hasta el 1973 de su derribo; y por otro del de la Resurrección desde 1547 hasta 1889 que se trasladó al nuevo Hospital Provincial y Clínico. Además de estos hospitales han existido otros del más variado perfil, como han sido el de San Cosme y San Damián, San Juan de Dios, La Piedad, de la Doctrina, San José, Orates, Manicomio de la Casa del Cordón, Manicomio o Psiquiátrico del Monasterio de Prado y algunos más, muchos con perfil de caridad o beneficencia y al que habría que añadir los militares que han sido dos.

La atención sanitaria del siglo XX se soportó en el Hospital Provincial y Clínico en base a la atención en beneficencia al que se tenía también acceso a través particular mediante pago de servicios. A partir de 1954 el trabajador, tenía acceso por el denominado Seguro Obligatorio de enfermedad al Hospital Onésimo Redondo dentro de la red sanitaria de la Seguridad Social a lo que se añadían los diferentes ambulatorios. En tiempos más actuales la atención sanitaria y sobre todo la quirúrgica, se ha soportado en los dos grandes Hospitales del Río Horteiga y Clínico Universitario.

Sin embargo, a estos centros sanitarios hay que añadir otros con un perfil diferente, en base a variados criterios como su condición de privados y su empleo para realizar intervenciones quirúrgicas y que podemos englobar en un conjunto de Clínicas y Sanatorios Quirúrgicos. Estos hospitales, se crearon especialmente por iniciativa de cirujanos, con el fin de poder realizar en ellos la atención quirúrgica y por extensión de obstetricia,

a lo que se añadieron como complemento otras especialidades de otro perfil. Estos centros dieron soporte por un lado a las mutualidades e igualatorios, es decir al sistema que por una cuota periódica se tenía acceso a la prestación sanitaria especialmente quirúrgica. Podemos hacer un recordatorio de los que encajan en este perfil.

SANATORIO CALLEJA. CLÍNICA OPERATORIA

El Sanatorio Calleja, situado en un edificio ubicado en la calle Zúñiga número 37 se anunciaba como Clínica Operatoria y era su Director y cirujano Casimiro Calleja y fue inaugurado en el año 1896 con ayuda de su hermano Camilo Calleja y con la colaboración del médico Florentino Bobo Diez y los practicantes Liborio García Alonso y Francisco Burgo de Prada junto con algunos enfermeros y enfermeras.

Contaba con quirófanos y hospitalización, según el librito promocional, y los adelantos de la época.

SANATORIO NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DR. CEBRIÁN

El Sanatorio del Carmen, fue una clínica privada que existió en la calle Paulina Harriet en la ribera del Pisuerga, y que fue fundado en la década de los años 1920 por el Profesor Auxiliar de Patología y Clínica Médicas, Rodrigo Esteban Cebrián, aunque en este centro sanitario ejercía la Urología. El edificio original fue reformado en el año 1922 para adaptarlo mejor al uso sanitario y más teniendo en cuenta que también era residencia de su propietario y de su familia. La clínica de varias plantas tenía un aspecto palaciego con dos torres que culminaban dos cúpulas en pico de diferente altura después de la reforma. El edificio se



El sanatorio del doctor Cebrián. Fotografía de la Fundación Joaquín Díaz

derribó en el año 1968 para construir en el solar un grupo de viviendas.

CLÍNICA OPERATORIA SANTA ADELA O DEL DR. MORALES

La Clínica estuvo situada en la calle Joaquín Costa, actualmente dos de Mayo. Pertenecía al Dr. Leopoldo Morales Aparicio, Catedrático de Patología y Clínica Quirúrgicas de la Facultad de Medicina, y era un edificio de dos pisos, que acabo cerrando en el año 1942, al tener el propietario múltiples ocupaciones que le impedían atenderla adecuadamente. Se había abierto en el año 1931. Este tipo de centro sanitario, se podría incluir en los abiertos en el siglo pasado, con una cabeza visible de un cirujano de prestigio y donde se realizaban intervenciones generalmente a pacientes con recursos, que no acudían a los hospitales públicos y que posteriormente se mantuvieron con los asegurados en Mutuas e Igualatorios para asistencia médica.

CLÍNICA DEL DR. JOLÍN. SANATORIO DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD

Situado en la esquina formada por el Paseo de Isabel la Católica y la Calle Pedro Niño y con la entrada por el número 1 del denominado Atrio de San Lorenzo, fue abierto por el médico vallisoletano Doctor Víctor Jolín Daguerre, junto a su esposa Julia Moreno Llurba en el año 1944, construyendo un Sanatorio con el fin de que su hijo Ángel, que según esta publicado padecía hemofilia, pudiera ejercer la Medicina. El Sanatorio presto asistencia medico quirúrgica para lo que disponía de camas de hospitalización y quirófanos. Atendía patología relacionada con la medicina y también cirugía, y se anunciaba como maternidad. Posteriormente la gestión paso a ser de la congregación religiosa Siervas de María en 1962 y cambió su nombre a Virgen de la Salud. En el año 2007 cerró sus como centro hospitalario y se reconvirtió el edificio, para ser un centro para asistencia de ancianos. La construcción inicial fue remodelada y el edificio ampliado con objeto de cumplir las exigencias que la demanda que su cobertura hospitalaria precisaba. Inicialmente el Sanatorio tubo tres alturas pasando posteriormente a seis, a la vez que se ampliaba de forma sustancial la superficie construida con



Anuncio del Sanatorio donde se refleja la atención de enfermos de medicina y cirugía y también de maternidad. Se domicilia en el Atrio de San Lorenzo

lo que se eliminó, una pequeña terraza ajardinada. Tenía un perfil muy quirúrgico y en el trabajaron profesionales como Jacinto de Miguel del Campo en cirugía del aparato digestivo, el urólogo Santos de Miguel, el traumatólogo Miguel Sánchez o el ginecólogo Félix García Uría, entre otros.

DISPENSARIO U HOSPITAL DE LA CRUZ ROJA

Instalado en la casa, propiedad del Ayuntamiento, que fue del regidor don Francisco Vega Colmenares en la calle Leopoldo Cano, antigua calle de las Damas, cercana a la plaza de los Arces. Fue inaugurado en 1934, habiendo comenzado las obras de acondicionamiento del edificio en el año 1930. El edificio que hasta los años 1950 a 1955 sirvió de sede a la organización humanitaria Cruz Roja, perteneció al menos desde el siglo XVIII, a la familia Vega Colmenares, procedentes de la provincia de Palencia, para pasar posteriormente a ser propiedad de la familia del poeta Leopoldo Cano. En 1939 paso su administración y los cuidados de enfermería a las Siervas de Jesús. Cesó su actividad con la construcción del nuevo edificio en la calle Felipe II. Durante la guerra civil se utilizó para atender a heridos de la contienda especialmente

Jefes y oficiales. El edificio, antiguo Palacio, fue derribado en la década de los años 70 del siglo pasado, para construir un bloque de viviendas de dudosa calidad arquitectónica. Se utilizó como Sanatorio quirúrgico especialmente por el Profesor Duran Sacristán, catedrático de cirugía de la Facultad de Medicina.

SANATORIO QUIRÚRGICO SAN JOSÉ O SANATORIO DEL DR. QUEMADA

En el año 1941, el cirujano José Quemada Blanco, adquirió una pequeña finca en el espacio limitado por las calles que hoy son Paseo de Zorrilla, calle Aurora y Carretera o camino de la Esperanza en el denominado Barrio de la Farola para instalar un Sanatorio Quirúrgico. Se inauguró en el año 1943. El edificio de dos plantas con entrada por el Paseo de Zorrilla nº 83, con contaba 24 habitaciones de hospitalización. La Comunidad religiosa que le atendía eran las Franciscanas Misioneras de la Madre del Divino Pastor. De forma paulatina, se fueron incorporando profesionales para atender las diferentes especialidades. En él trabajaron entre otros, su promotor junto con otros cirujanos de la familia siendo especial referencia en la actividad, su hijo José María Quemada Sisniega. Tras la inauguración, se incorporaron otros profesionales



Vista aérea del Sanatorio cuando todavía tenía funciones hospitalarias. Fotografía tomada de Internet sin referencia de propiedad ni de autoría

para poder completar la asistencia de las diferentes especialidades. El Sanatorio atendía pacientes privados, pero también enfermos de sociedades médicas y mutualistas. El Sanatorio dejó de funcionar en 1981, tras haber sido previamente transformado en Casa de Socorro. Mas tarde, se demolió el edificio, construyéndose en el solar viviendas y en recuerdo la valla, reja y puerta se colocaron en la Plaza de la División Azul, cambiando el nombre de la misma y renombrándola del Doctor Quemada

CLÍNICA DEL DR. ESCUDERO

Fue una clínica quirúrgica de perfil privado, que fundó y financió el Dr. Félix Escudero Valverde, para realizar su actividad quirúrgica. La clínica, se concluyó su construcción en año 1944, inaugurándose en el año 1946. El edificio se construyó en la huerta del Palacio de los Vizcondes de Valoria la Buena en la calle Salvador 12 hoy calle del Santuario. El palacio ocupaba el espacio más cercano a la calle y fue sede durante unos años del Colegio Oficial de Médicos de la Provincia de Valladolid desde 1926 a 1944 perteneciendo el inmueble al Dr. Mercado. En 1944 la casa es desalojada como Sede Colegial por su nuevo dueño el Dr. Escudero, ocupándola temporalmente unas hermanas modistas, hasta que, en 1949, el Dr. Escudero ordena el derribo del palacio para dejar al descubierto a

la calle su Clínica Quirúrgica. Funciono como Sanatorio quirúrgico por el Doctor Escudero, que para atender la actividad del mismo, abandonó sus cargos de Profesor Auxiliar en la Facultad de Medicina. Hoy la antigua Clínica quirúrgica lo ocupa el Servicio Territorial de Agricultura y Ganadería

SANATORIO DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO

El Sanatorio del Rosario se fundó hacia los años 50 y tuvo su sede inicial en el Paseo de Zorrilla 150, al lado de los terrenos del antiguo estadio de futbol José Zorrilla, y correspondía a una Sociedad denominada Nuestra Señora del Rosario, formada por varios médicos. Entre los años 60 y 70, se pasó su ubicación a la Calle de Independencia a unas casas que se unieron para conformar el nuevo Sanatorio, en edificio único con acceso en el número 6.

Entre sus socios y médicos que formaron parte del cuadro médico se encontraron diferentes facultativos con perfil médico y quirúrgico de variadas especialidades. El Sanatorio se utilizó fundamentalmente para la cirugía y los consultorios se mantuvieron en los domicilios de los médicos socios. La atención de los pacientes ingresados lo hacía personal de enfermería seglar contratado, que seleccionaba la esposa del Doctor Alcalde Vicario. Más tarde el Sanatorio, paso a vincularse a la aseguradora Igualatorio Vallisoletano. Con la quiebra de los igualatorios y disolución de los mismos en



Obra sindical del 18 de julio. Imagen inicial del edificio con su jardín



Imagen inicial del Centro hospitalario del Sagrado Corazón

el año 1988, el edificio pasó a desempeñar funciones de Residencia de ancianos.

OBRA SINDICAL DEL 18 DE JULIO

La obra sindical 18 de julio de asistencia médica al productor, es decir al obrero, era una de las obras sindicales de Falange Española, Tradicionalista y de las JONS. Su actividad se prolongó hasta el mes de abril de 1971, al integrarse este organismo social en la Seguridad Social, por un Decreto del Ministerio de Presidencia. La sede en Valladolid se ubicó en la calle Gamazo número 13, y este edificio una vez desaparecida esta obra social, fue cedido para su uso al Sindicato socialista UGT.

El edificio de excelente construcción disponía de cinco plantas, y conservaba el perfil de majestuosidad de los edificios oficiales construidos por el régimen político que le edificó. Disponía de una entrada principal y otra lateral junto con un pequeño jardín. El centro, durante su periodo de funcionamiento dispuso fundamentalmente de consultas de policlínicas, radiología, laboratorio de análisis, y estuvo habilitado para realizar intervenciones quirúrgicas de pequeña y mediana complejidad.

HOSPITAL DE LA CRUZ ROJA. HOSPITAL FELIPE II

El Dispensario de la Cruz Roja, que estaba ubicado en el viejo caserón de la calle Leopoldo Cano y que se le utilizaba como hospital, se había convertido en

una instalación vetusta y poco funcional. Por este motivo los responsables de la Cruz Roja consideraron oportuno la construcción de un nuevo hospital en la recién abierta calle Felipe II, en los números 4 y 6 y que fue inaugurado en 1958. Se construyó un edificio de cinco alturas, con hospitalización, administración en la última planta y quirófanos y paritorio en la primera. En el periodo de gestión por parte de la Cruz Roja, fue atendido por las Siervas de Jesús en la asistencia de enfermería. En el año 2002 paso a ser propiedad del grupo Recoletas que comenzó su gestión como hospital de perfil totalmente privado.

CLÍNICA SAGRADO CORAZÓN

Situado en la esquina de las calles Fidel Recio y Alonso Pesquera, fue edificado en los terrenos del Convento de las Siervas de Jesús, donde previamente había estado situado el Hospital de San Esteban. La entrada principal la tuvo y la sigue conservando a pesar de haber abierto más recientemente un acceso por Alonso Pesquera, por la calle Fidel Recio en el número 4, tras su ampliación. Empezó a funcionar el 31 de agosto de 1962, continuado prestando asistencia sanitaria de forma ininterrumpida hasta la actualidad. Su edificio inicial, ha sido renovado en varias ocasiones, ampliado su recinto hospitalario a la vez que se renovaban y modernizaban sus instalaciones. El hospital está atendido por la comunidad religiosa Siervas de Jesús, que se instalaron en la calle Alonso Pesquera sobre el año 1897, para realizar

una actividad dedicada a la atención de los enfermos. Las nuevas instalaciones se inauguraron el 20 de marzo de 1981.

HOSPITAL CAMPO GRANDE

El Hospital Campo Grande de Valladolid está situado en la Plaza de Colón de Valladolid, en el solar de la que fuera gasolinera de Colon, Carbones Isla y el convento de Nuestra Señora de la Laura, que fue derribado a finales de los años 80. Se empezó a gestar el hospital en el año 1998 inaugurándose en enero de 2001, por su entonces propietario, Grupo Sanitaria de Inversiones de Valladolid. El hospital pertenece hoy al Grupo Recoletas desde el año 2007. El Centro dispone de un edificio ubicado en 10.000 m² de tres plantas exteriores. Dispone de aproximadamente de 80 camas. Trabajan una plantilla en servicios hospitalarios que van desde los sanitarios, administrativos hasta otros de mantenimiento. El soporte económico del hospital, es privado, trabajando con diferentes aseguradoras, lo mismo que su gestión. Ofeta atención en todas las especialidades médicas, disponiendo de instalaciones y aparatos tecnológicamente avanzados en el diagnóstico y tratamiento. La actividad más relevante se puede considerar la quirúrgica.

BIBLIOGRAFÍA

- De Castro Lorenzo J. El Sanatorio del Dr. Quemada: Orígenes de la cirugía digestiva en Valladolid. 1943-1981. Ayuntamiento de Valladolid. Valladolid 2019
- Sanatorio Calleja. Clínica operatoria. Tipolitografía de Luis Tasso. Barcelona 1896
- Vaquero C, Del Río L, San Norberto EM. Hospitales de Valladolid. Rev Esp Inv Quir 2017; 20,4:141-9
- Vaquero C. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. 40 años de historia. Graficas Carlos Gutiérrez. Valladolid 2018
- Vaquero C, Brizuela JA, Saiz L. Historia de los hospitales de Valladolid. An Real Acad Med Cir Vall 2018; 55: 161-179
- Vaquero C. Hospitales de Valladolid. Aspectos históricos. Graficas Gutiérrez Martín 2024
- Vaquero Puerta JL. Vaquero de la Hoz MT. La arquitectura hospitalaria en Valladolid. Épocas y significados. Primera parte. Axis. 2015. Febrero: 31-33
- Vaquero Puerta JL, Vaquero de la Hoz MT. La arquitectura hospitalaria en Valladolid. Épocas y significados. Primera parte. Axis. 2015. Junio 29-31

Eva la primera mujer y la Virgen María

Por el Dr. Ciriaco Casquete Román



Figura 1. Prado

Figura 1. El BOSCO. "El jardín de las Delicias", de 1490-1500. Lateral izq. del tríptico. De 220 x 97,5 centímetros.

Museo del Prado. Es el panel izquierdo, "Paraíso Terrenal": Adán está despierto, sentado en la hierba, según una tradición

presente solo en las miniaturas, y el Creador le presenta a Eva, que acaba de crear de la costilla de Adán. Destacan los colores esmaltados van desde los verdes, que contrastan con la blancura de los cuerpos y el rojo del manto de Dios y los rojos y ocre y azul intenso del fondo. Hacia 1490 hay un postigo en óleo sobre tabla de 87 x 40 centímetros en el palacio Ducal de Venecia, hay tres postigos más con otros temas. El paisaje es extenso con una fuente de la vida en lo alto de la colina. Al fondo a la derecha, hay un león devorando a otro, cuyo símbolo sería la corrupción que vendrá a interrumpir la existencia ideal del paraíso. Foto p.87. En la otra obra "el Carro de heno" en el tríptico de 135 x 50 centímetros, Museo del Prado, de los dos postigos laterales, el de la izquierda es "el Paraíso", con una distribución contraria de las escenas, en otras obras. Esta obra es de 1516 con intervención del taller. Foto p.87. Bosco-Mundo. Hay otra tercera obra de "Cuatro postigos con la visión del más allá", el primero de la izquierda es el paraíso Terrenal, de 1490, es óleo sobre tabla de 87 x 40 centímetros, Venecia, Palacio Ducal, está mirando "La fuente de la Vida" que está en lo alto, en la cima de la colina, donde mira Eva desnuda junto a Dios. A la izquierda está sentado Adán, también en la hierba, sentado con dos ángeles que le acompañan.

MURILLO. 1617-1682. "Inmaculada Concepción de los Venerables" o de Sault, robo francés. 1678. Museo Prado. De 274 por 190 centímetros. Barroco Español. Movimiento ascensional rápido. Querubines rodean a la Virgen en cantidad. Colores acaramelados en azules y verdes. La Inmaculada tiene el dogma de fe desde 1854.

ZURBARÁN, "Virgen María del Prado". La Virgen tiene muchos emblemas: el Sol, la Luna bajo sus pies la serpiente, doce estrellas sobre la cabeza, la puerta del cielo, lirios y otras flores. Ella es bella porque se trata de algo pensado por Dios. También escala de Jacob, luz del sol, espejo sin mancha, estrella de la mañana,

en actitud orante y socorro de navegantes. Figura 2. Pedro-PABLO RUBENS. "Virgen María del Prado". Destacan los reflejos dorados alrededor de su cabeza. Su cuerpo tiene movimiento, gracia y belleza. Provoca mucho dinamismo. Hay tonos medios de color sin violencia. María va contra la serpiente, que es Satanás. La luz es exclusiva de la Virgen para el pintor. El ángel Gabriel la "saluda" "llena de gracias", por su dinámica del cuadro y el movimiento en los ropajes.

Con la Expulsión desaparece la inmortalidad y el "Edén," y apareció una teoría que Eva no se hizo con una costilla, sino de un "costado" de Adán, carne, como señala Armando do Santos, que así sería el otro lado del cuerpo para llegar a la igualdad de ambos, no a la subordinación. El hombre y la mujer no son iguales, eso parece. Ellos se convierten en uno, en el matrimonio. Ella aportó la muerte como Adán, pero añadió el parto con dolor y él la agricultura del campo. "No es bueno que el hombre este solo", dijo Dios, Creación 2- 18. Este hecho indica la igualdad. La creación de Eva es un acto de amor y de sabiduría de Dios. Hay un bello cuadro de Masaccio de la Expulsión, hacia 1425, donde se refleja inmenso dolor con llanto y lágrimas.

Milton (1608-1634) escribió "El paraíso perdido". Tentación y caída. William BLAKE hizo la pintura. Están Adán, Eva y el diablo. El diablo asedia a Jesús cuando este vive días en el desierto buscando sufrimiento el mal. Sin embargo Adán y Eva están atraídos por su belleza, obsesionado Adán y así mismo Eva. El Arcángel Rafael advierte a Adán sobre la implicación de Satanás en el Edén. El Arcángel Miguel se encarga de acompañar a Adán y Eva ya fuera del Paraíso, el Paraíso perdido. La santa Sede retiró la obra a los católicos en 1732, tiempo después, en 1900 volvió a ser leída. El ángel caído es el diablo.

En 1602 aparece "La formación de la mujer", pintura de Pietro Fchetti que está en el museo del Prado de 174 x 130 centímetros, actualmente no expuesto. Hizo doce obras para el Duque Gonzaga. Están las obras en santa María del Popolo en Roma, obras que se realizaron por consejo de Rubens y están hoy en la colección Real (1701, Retiro), Madrid.

Dios no abandonó a Eva, la creó Él y también a la Virgen María, las mujeres

fueron embarazadas por el hombre, en matrimonio o con otras formas. Eva no fue un mito, vivió, fue hecha para el hombre, pero venía de Dios. Eva tenía respuesta a lo que quería Dios. Dios quería que fuera para dos. La costilla unió a los dos, ella fue por tanto creada de la costilla de Adán en comunidad con Dios y los hombres y sería ella "huesa de los huesos de Adán", que el mismo lo señaló así. No solo se amaban por ellos sino por Cristo.

MARÍA

Figura 3. Maestro del Paraíso de Frankfurt. Anónimo. "María en el huerto cerrado con santos". De hacía 1410. Mide 26,3 x 33,4 centímetros. Se trata de un rincón de

jardín rodeado de murallas de un pequeño castillo. Los romanos ya hacían reductos de este tipo en el norte, pero desaparecieron tras la caída del Imperio. En la Edad media se respetaba la naturaleza, hacía el 1200 era lugar de ocio para pasear. Disponía de alto con hierba lleno de flores, los árboles no demasiado juntos para correr un poco de aire, buscando el reposo. María, muy joven, lleva la corona celestial, sentada con cojines en el suelo. Hay varios santos a la derecha con diversos objetos: Santa Catalina, Santa Dorotea... aunque no encaje con el Paraíso, simboliza la virginidad de María y se cita "El Cantar de los Cantares" de Salomón: "este jardín cercado, hermana mía, esposa...". En el jardín se han encontrado diez especies



Figura 2. Rubens

de aves: carbonero, frailecillo, pinzón, petirrojo, jilguero, gorrión... con música de los ángeles, también hay veinte variedades de plantas.

En hebreo es Miriam, la mujer Galilea. Su nombre equivale a hermosa o excelsa. Aparece en todos los Evangelios sinópticos, en los Hechos de los Apóstoles, en los Evangelios apócrifos y en el Apocalipsis. La vida se desarrolla del siglo I antes de Cristo al siglo I después de Cristo. Al llegar a la pubertad fue entregada a José, del linaje de David, con un matrimonio espiritual. La Anunciación la hizo el Arcángel Gabriel. María destaca por su papel en la Cristiandad.

Nos dice Lucas, 1,46 – 55. “El Magníficat” de María: “Mi alma glorificara al Señor y mi espíritu se regocija en Dios mi Salvador, porque ha mirado la humilde condición de su sierva”. Aparece múltiples veces en el arte de la pintura, sobresale en la Anunciación, Visitación a Isabel, Natividad, Bodas de Caná y en la Pasión de Cristo. Tiene muchos atributos: el manto para su cabeza, con el niño en brazos o sentada, lleva estrellas, corona real...Es el lado bueno de las mujeres, frente al malo de Eva. “Es la madre de

Cristo, el nuevo Adán y ella la nueva Eva. Tres son los roles de la mujer en la vida: crianza, amor y apoyo emocional. También, hoy, es ejecutiva, profesional, con talento y experiencia y conyugue. Papel importante en el hogar, ama de casa: hogar y familia. Así se consigue la felicidad y la buena sociedad. La sexualidad es un don de Dios, pero nos lo dio también para alcanzar la santidad”.

María es única, irremplazable. Y nos la dio Dios, su hijo Jesús y el Espíritu Santo. Ella era la segunda Eva, “la esclava del Señor, hágase en mí según tu palabra”. Respondiendo al ángel Gabriel y así nació a su tiempo, Emmanuel, su hijo, que era la segunda persona de la Trinidad y así el Verbo se hizo carne. María ante la cruz con la hermana de su madre, María de Cleofás y María Magdalena y Jesús la dijo: “María hay tienes a Juan, y desde entonces la tuvo en su casa.

María sufría con dos hijos, él suyo y los hijos de la tierra. María se asoció a la Redención tras la muerte de su hijo. Al fin de sus días ella se divinizó en el cielo. Pero hay una María simbólica que aparece en el Apocalipsis, está coronada de estrellas enfrentada al dragón, similar

a la serpiente que aparece en el Génesis. La Eva pecadora da a luz con el dolor del parto, la nueva Eva virginal da a luz a Cristo sin dolor.

Eva fue la seducida por la serpiente y San Pablo dijo: “Por un solo hombre entró el pecado en el mundo”, y por Eva. Se reparten las culpas. Dios los creo a su imagen macho y hembra, los creó el 6º día de la creación. La Inmaculada Concepción es la culminación de la Virgen, vencedora del pecado con el Papa Pio IX en 1854. María sin pecado original, tuvo su fuente en el Cantar de los Cantares y en el Apocalipsis de San Juan: “toda tu eres hermosa, amiga mía, y no hay tacha, basado en las letanías de La Virgen de Loreto de 1576.

A la Virgen acompañan muchos emblemas: el sol, la luna, con los pies aplasta a la serpiente, tiene doce estrellas sobre la cabeza, la puerta del cielo, lirios y otras flores. Ella es bella porque está pensada por Dios.

Ayudemos a los pobres en el trato y en la bondad y que ellos no sean atacados por la miseria, el odio y la envidia. Jesús vivió pobre y murió en la cruz. En la En concreto María era amiga de lo pequeño pero llena de virtudes, algunas terribles, era una heroína, su trabajo era sencillo, pero su calidad era alta. En Las Bodas de Caná, María les dijo a los tres sirvientes, “haced lo que él os diga” e hizo el milagro del vino que se había terminado. La niña tenía trece o catorce años y se desposó con José y llegó el ángel de la Concepción y la dijo que daría a luz a un hijo, cuyo reino no tendrá fin, que será madre del Mesías. ¿Cómo es posible esto?, El Espíritu Santo la fecundara y su hijo será el hijo de Dios. María contesto: “Fiat, hágase”, y así el Verbo se hizo carne. Por eso el amor en el matrimonio es un camino divino. En la vida hay que alcanzar virtudes, no pecados.

“Mater dolorosa. María estuvo tres horas de pie ante Jesús en la Cruz y antes también en la procesión, cuando Jesús llevaba la cruz en el camino al Gólgota. María es inocente ante el pecado, pero siente el dolor por el pecado ajeno. Muchos habían olvidado a Jesús (por ejemplo, los discípulos). María es nuestra madre y no se olvida de nosotros, nos cobijamos en ella como si volviéramos a ser niños.



Figura 3. Frankfurt

Calcula online tu seguro de hogar con A.M.A.



Simulación
100% ONLINE



A.M.A.
agrupación mutual
aseguradora

Protección

PORQUE
Somos
Sanitarios



**Seguro Multirriesgo
de Hogar**

Con la **nueva calculadora online** podrás hacer una cotización personalizada.

Obtén tu cotización
en apenas tres minutos.

Nos adaptamos a tus necesidades
y tipo de vivienda.

Descubre nuestras coberturas
y compara diferentes opciones.



900 82 20 82 / 983 35 78 99
www.amaseguros.com



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



La Mutua de los Profesionales Sanitarios.

