

## Palabras del Sr. Presidente.

*Antonio Llombart Bosch\**

Presidente de la R. Acad. Med. Comunitat Valenciana

Hemos seguido con gran interés la lectura de la conferencia magistral que el Dr. Vicente Bertomeu acaba de pronunciar como parte de su ingreso de Académico Correspondiente de la RAMCV. Queremos ante todo felicitar al nuevo académico por su brillante CV y por la lección magistral que ha pronunciado.

No es mi intención volver a destacar los méritos del nuevo académico que han sido brillantemente resumidos por el también académico Dr. Compañ Rosique, pero si insistir en su sólida formación dentro de la especialidad de Cardiología, que ejerce como Jefe del Servicio de Cardiología del Hospital universitario San Juan de esta ciudad y como profesor asociado de la Facultad de Medicina.

La experiencia que hoy hemos compartido avalan su tremenda calidad científica la cual viene también refrendada por sus numerosas publicaciones y comunicaciones a congresos, reuniones científicas y ensayos clínicos. Se trata por tanto de un ejercicio de reconocimiento al merito acumulado con una labor diaria, avalada en una ya larga experiencia en el tema que ha desarrollado “La cardiología pasado presente y futuro”, especialidad que como hemos oído, ha experimentado en estos últimos decenios un impresionante desarrollo.

Seria un riesgo que no deseo asumir como presidente de la RAMCV, el tratar de complementar cuanto se ha señalado con posturas científicamente contrastadas tanto a nivel internacional como por su larga experiencia personal en cardiología al frente de un servicio de referencia en la comunidad valenciana.

Valgan por tanto estos comentarios finales como contrapunto para análisis y reflexión ante un complejo problema sanitario y social en el que el cardiólogo se ve comprometido a actuar tomando decisiones en momentos difíciles para la vida de un enfermo.

Es así como entendemos que el discurso del Dr. Bertomeu contiene implicaciones que merecen un juicio detenido y una meditación mas profunda.

Refiriéndome al pasado presente y futuro de la cardiología quisiera recordar como podemos considerar el concepto filosófico de “presente”. Ya en el siglo V, señalaba San Agustín, que el hombre no dispone de pasado, presente y futuro sino que estos tres tiempos realmente son uno: “el presente de las cosas pasadas así como el presente de las cosas futuras” ya que nadie entre nosotros ha vivido mas pasado que el suyo propio ni tampoco nunca ha vivido el futuro que desconoce como realidad y la intuye como previsión. El “yo” desempeña por tanto un papel fundamental en la apreciación de los datos objetivables solo a través de un método científico riguroso.

Tan solo hace un unos meses entraba también como Académico de numero de la RAMCV al Dr. Vicente López Merino conocido cardiólogo valenciano y Catedrático de la Facultad de Medicina quien disertaba sobre el tema: La Medicina como Ciencia, Arte. Ciencia y Humanismo. Postulaba que la Medicina seria Arte mientras no es Técnica y la técnica es la que en buena parte transformaría el arte en Ciencia medica. Así la aplicación del método científico al arte medico permitiría gracias a la introducción de viejas así otras mas novedosas técnicas adquirir el conocimiento de los fundamentos objetivos del ser vivo y poderlos trasladar a el estudio de la patología. La limitación de los conocimientos, motivaría que la realidad hiciera cierta esta postura y que durante siglos la medicina fuera mas un arte “saber practico” como diría Luís Vives, que una ciencia o como señalaría el celebre anatomopatologo mejicano Ruy Pérez Tamayo adoptando una postura mas ecléctica, “la medicina no es ciencia ni es arte sino otra cosa”

El Real Diccionario de la Lengua atribuye al concepto de AKADEMIA a aquella “Sociedad literaria, científica o artística establecida con el fin de perfeccionar la ciencia, el arte o la literatura, para el adelantamiento de los socios respectivos”. La información aportada esta tarde por el Dr. Vicente Bertomeu se encuadra perfectamente en la vigente definición de lo que es la función de la RAMCV en este siglo XXI.

El conferenciante ha hecho gala de un profundo conocimiento de las causas, de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos de las enfermedades cardiovasculares así como de las perspectivas que hoy intuimos como propias del futuro mas cercano por haber contribuido como viables de ser alcanzadas en el presente .

Hoy gracias a los grande avances técnicos nos enfrentamos a la disyuntiva: arte versus ciencia medica, que no ofrecen tampoco una línea de separación fácil por cuanto no siempre es posible trasladarla a la toma de responsabilidades de la actuación medica con leyes y aun menos con fríos números. La toma de decisiones terapéuticas, plantea problemas de todo orden dificiles de asumir. De esta toma de decisiones tampoco escapa la administración

sanitaria en base a los recursos disponibles y la equidad de la gestión de costos de un modo justo y beneficioso para la sociedad en su conjunto.

El nuevo académico ha insistido en la necesidad de concienciar a la sociedad como estrategia de prevenir la enfermedad, educando para la salud, como mejor medida preventiva de la patología cardiovascular. Se necesitaría una mayor sensibilización no solo por parte de la población en general sino también por parte de los propios cardiólogos mas dados a la actuación sobre la patología aguda e instrumental que en programas de prevención primaria o secundaria. Señala que a su juicio son todavía insuficientes estos programas de control de las medidas higiénicas y dietéticas o que estas se toman tardíamente o incluso ocasionalmente en dirección equivocada. Sin tratar de esquivar la propia responsabilidad insiste en que el principal responsable de la salud es el propio paciente quien tendría una alto grado de implicación y responsabilidad en todo proceso medico.

Es evidente que las enfermedades cardiovasculares no tienen fronteras geográficas, de género o socioeconómicas. El envejecimiento de la población es una de las causas fundamentales del aumento de esta patología En los países más longevos el incremento en la esperanza de vida se ha basado en reducciones de mortalidad desigual según la edad: Desde 1950-1970 se debe esencialmente a la reducción en la mortalidad en edades avanzadas de forma que si el incremento de la esperanza de vida continua la reducción en la mortalidad tendrá lugar en los grupos de mayor edad.

Hoy es conocido que la mayoría de los nacidos después del año 2000 en los países con gran expectativa de vida alcanzarán los 100 años si en el siglo XXI se mantiene el actual incremento en la esperanza de vida.

Pero esto entraña grandes desafíos relacionados con la longevidad de la población: El grupo de mayor edad (>85 años) es el segmento de la población que aumenta más rápidamente en los países desarrollados. Este grupo también es el más susceptible a enfermedades e incapacidad La mortalidad, enfermedades e incapacidad en la población de mayor edad tiene ya un efecto importante en la sostenibilidad de la sociedad.

Cuales son la previsiones y predicciones en nuestro entorno? Según la OMS en 2030 más del 40% de los adultos (116 millones de personas) tendrán una o más formas de enfermedades cardiovasculares. Si cada individuo cumpliera las actividades de prevención recomendadas por esta organización en los próximos 30 años el infarto de miocardio y el ictus se reducirían un 63% y un 31% respectivamente. Desafortunadamente la utilización actual de las actividades de prevención es menos que subóptima.

Es por ello imprescindible el desarrollo adecuado de estrategias preventivas con predicción fiable del riesgo a corto plazo de episodios coronarios agudos y de muerte súbita. Esta predicción ayudaría a identificar a individuos asintomáticos que requieren la aplicación de medidas terapéuticas urgentes así como a pacientes con enfermedad ya conocida que requieren una monitorización estrecha y la aplicación de las medidas terapéuticas más agresivas.

Las nuevas tecnologías para la evaluación del riesgo fundamentalmente se basarían en pruebas de imagen no invasivas con objeto de identificar las lesiones mediante técnicas de Tomografía computarizada, RNM utilizando nuevos agentes de contraste capaces de identificar los varios aspectos de la aterosclerosis y trombosis.

Por otro lado las nuevas técnicas de biología molecular para la identificación de lugares en el genoma de variaciones asociadas con factores de riesgo y enfermedades cardiovasculares así como la identificación de variantes genéticas con alto riesgo podrían ayudar a identificar a sujetos en los que otros factores aumenten el riesgo a corto plazo.

Terminamos: las conclusiones alcanzadas en el discurso y recogidas en las recomendación de la OMS están basadas en postulados científicamente serios y contrastados. Mi felicitación y agradecimiento por su brillante contribución a un tema tan actual e interesante, que ha sabido tratar con claridad, aportándonos además su amplia experiencia clínica. Sea bienvenido a la RAMCV.