

Presentación del Dr. D. Roberto Hernández Marco en su ingreso como Académico Correspondiente

*Juan Brines Solanes**

Académico de Número de la R. Acad. Med. Comunitat Valenciana

EXCMO. SR. PRESIDENTE,
ILMOS. SRES. ACADÉMICOS,
SEÑORAS Y SEÑORES:

Permítanme que las primeras palabras que dedique al nuevo académico correspondiente tengan un tono algo personal. Me creo obligado a ello por dos motivos. El primero por estar entre nosotros a instancias mías. El segundo porque conociéndole desde mucho tiempo sé de su retraimiento natural ante todo lo que lo pueda suponer una manifestación de notoriedad.

Mi amistad con Roberto Hernández se inicia a finales de la década de los sesenta siendo yo residente de Pediatría, cuando tal titulación aún no existía, y siendo él, alumno interno residente en el Laboratorio de Hemoterapia y Transfusiones del Hospital Clínico. Aquel Servicio se ocupaba de la práctica de las exanguinotransfusiones a los recién nacidos con isoimmunización Rh y a partir de la asistencia conjunta al niño y de las coincidencias médicas doctrinales y asistenciales entablamos una amistad que se ha mantenido hasta el día de la fecha. Las coincidencias a las que me refiero derivaban de nuestra formación común en la Facultad en la que compartíamos la visión general de la medicina que nos había transmitido López Piñero y la asistencial, más cercana al enfermo, que nos había enseñado D. Miguel Carmena, por limitarme a citar a dos maestros relevantes de los muchos que gozamos en aquella década.

Roberto era un técnico de laboratorio concienzudo, formado por su tío D. Roberto Marco, uno de los hematólogos valencianos más prestigiosos de la época. Había estudiado entre otras cuestiones, la acción hemolítica de diversos sueros, lo que le sirvió para preparar su tesis de licenciatura sobre el *Interés de la hemaglutinación cuantitativa para el estudio de la sustancia del grupo sanguíneo A en el feto*, que obtuvo la máxima calificación. Esta actividad le confirió una preparación muy sólida que aprovechamos en Pediatría para consolidar el incipiente laboratorio. Pronto se interesó por el tipo de investigaciones que desarrollábamos en el Servicio dirigido por nuestro querido maestro D. Joaquín Colomer. Tuve la suerte de introducirle en el complejo mundo del equilibrio ácido-base que era, junto a las neumonías, las afecciones pleurales y las meningitis, los trastornos frecuentes más graves del niño.

En el estudio del equilibrio acidobásico había cuestiones que no se habían aclarado a pesar de la frecuencia con que se relataban. Éste era el caso de la tendencia a la acidosis metabólica que presentaban los niños con raquitismo. Su tesis doctoral que tuve el honor de dirigir con D. Joaquín titulada *Estudio del equilibrio ácido-base en el raquitismo carencial. Aportación de una nueva prueba de sobrecarga ácida con cloruro cálcico*, aclaró la patogenia de ese trastorno al demostrar de manera indiscutible que se debía a un defecto de la capacidad de acidificación del túbulo renal. Este trabajo obtuvo la calificación de Sobresaliente cum laude y le sirvió además para idear una nueva técnica, totalmente original, de exploración de la capacidad de acidificación renal en aquellos casos en que el niño no toleraba la ingestión de cloruro amónico. Por la calidad de la tesis se le concedió el Premio Extraordinario de Doctorado.

Más tarde profundizamos conjuntamente estas indagaciones adentrándonos en el sistema nervioso central cuantificando el pH y sus componentes en el LCR lo que fue motivo de otra tesis doctoral que llevó a cabo otro de los grandes de la pediatría española, el doctor Jaime Fons.

Eran épocas gloriosas donde el Servicio de Pediatría funcionaba las veinticuatro horas del día: en la asistencia, por la mañana; en la docencia y en la investigación tarde y noche. Lo estudiábamos todo lo que no estaba claro y era importante. En esa línea recuerdo los desvelos que le costó a nuestro académico el doctor Joaquín Donat la cuantificación directa de la oxigenación de la hemoglobina tras la lisis de hematíes con tritio o el seguimiento de los niños con drenaje pleural.

Tratábamos de solucionar los problemas más graves de los niños enfermos. Otro de ellos eran las neumonías y sus complicaciones pleurales.

Con respecto a las pleuresías que estudiábamos obsesivamente uno de las complicaciones más preocupantes eran la aparición de hemotórax y neumotórax tras el vaciado del derrame con la aguja rígida de punción lumbar por lesión de la pleura visceral con la punta de la aguja durante los movimientos respiratorios. La comercialización de catéteres de plástico para infusiones endovenosas nos sugirió usarlos aprovechando la elasticidad del material que al contacto con la pleura visceral se doblaba evitando así las lesiones que producía la aguja metálica. La idea tuvo una resolución de tanto éxito que Roberto, Jaime Fons y el que ahora os habla la publicamos cuando ya teníamos más de cien casos controlados. Fue la primera publicación mundial sobre esta técnica novedosa que permitió enviar definitivamente al baúl de los recuerdos la decimonónica aguja de punción pleural. Esta técnica de punción pleural es en la actualidad la convencional.

Otro gran problema pediátrico de los niños eran las inflamaciones pulmonares. Al llegar el invierno, y desde los años finales de la década de los sesenta padecíamos

auténticas epidemias de neumonías graves, sobre todo estafilocócicas, neumocócicas y por *H. influenzae* tipo b. Las orientaciones que disponíamos sobre su asistencia eran bastante vagas y contradictorias. Las más comunes procedían de los ámbitos anglosajón y centroeuropeo, basadas respectivamente en la etiología y en la capacidad defensiva del niño. La primera orientación era inoperante, en nuestro medio pues sólo en un pequeño porcentaje de casos, menos del 10%, se lograba identificar el agente causal. La segunda era difícil de aplicar a la práctica dado que la adquisición de capacidad inmunitaria por el niño varía en gran modo según su edad y agente causal. Complicaba el asunto una terminología ambigua y confusa que, si bien en ocasiones servía para tranquilizar al médico y a la familia, ofrecía poca resolución terapéutica. Se empleaban términos como neumonía distelectásica, neumonía de tránsito, neumonía hiliofugal, neumonitis, complejo neumonía-atelectasia, neumonía infiltrativa, síndrome bronconeumónico del lactante, neumonía atípica y así un largo etcétera para significar distintas formas de presentación de la inflamación pulmonar.

En la década de los ochenta, tras quince años de estudiar y tratar el problema en profundidad, pertrechados con un sólido bagaje clínico, analítico general, gasométrico, microbiológico, anatomopatológico, radiológico, terapéutico y evolutivo se nos pidió por parte de la Asociación Española de Pediatría la actualización del tema, dándonos, sorprendentemente, completa libertad en su extensión pues era bien conocida su dificultad así como su interés. Aprovechamos la oferta elaborando el estudio más extenso publicado en Anales Españoles de Pediatría en el que en base a los datos objetivos que habíamos recogido depuramos la terminología, simplificamos los contenidos y, lo que es más importante, establecimos las pautas asistenciales diagnósticas y terapéuticas en las neumonías del niño que han servido de referencia hasta la actualidad a pesar de las reiteradas embestidas intentadas por los “expertos de oficio”. No hubiera sido posible aquella gesta sin la contribución de Roberto, Ximo Donat y Amparo Escribano.

Otro problema en que la intervención del profesor Hernández ha sido decisiva ha sido para establecer las pautas asistenciales y preventivas en las meningitis del niño, problema que estaba castigando de forma epidémica la Comunidad Valenciana y el resto de España. A principios de la década de los 90 establecimos un convenio con el Instituto Pasteur y los Laboratorios Merieux de Francia para efectuar un *Estudio prospectivo multicéntrico de la meningitis bacteriana en la Provincia de Valencia*. Ello permitió identificar las cepas prevalentes y orientar la fabricación de vacunas. Pero el estudio tuvo mayor alcance pues sensibilizados los pediatras de primaria en la necesidad de diagnóstico y tratamiento precoz aplicaron la terapéutica empírica, de germen desconocido, que resultaba más efectiva: la que recurría a la cefotaxima a la dosis de 100 mg/kg ante cualquier síndrome meníngeo del niño antes de remitirlo al hospital. Con ello asumíamos que estábamos dificultando la identificación ulterior del microorganismo pero todos los que participábamos en el estudio teníamos claro que

era preferible conocer al niño que al germen. Esta armonización de la asistencia primaria con la hospitalaria y la intervención de la UCI Pediátrica dio lugar a que la tasa de mortalidad por meningitis bacteriana de nuestro Departamento fuera la más baja del mundo. Y no se trataba de una aproximación al tema pues la casuística se extendía de manera prospectiva durante 10 años; tampoco era un estudio corto pues recogía 486 casos de meningitis, y además no se podía considerar dudoso pues sólo se analizaron los casos cuando el germen era identificado. Estos resultados merecieron ser aceptados para discusión y publicación en el 25º Congreso de la *International Pediatric Association* celebrado en Atenas el 2007.

Y podría continuar con aportaciones del nuevo académico dignas de formar parte de los anales de la pediatría nacional pero la amplitud de las mismas y el tiempo disponible me lo impiden.

Pasaré brevemente como es preceptivo a ofrecer unos trazos de su perfil académico, investigador y asistencial.

Durante tres cursos fue Profesor Ayudante de Clases Prácticas en la cátedra de Pediatría de nuestra Universidad. En el 79 fue nombrado Profesor Adjunto Interino, hasta 1983, donde consiguió por concurso oposición el nombramiento de Profesor Adjunto Numerario.

Ha dirigido siete cursos de doctorado, varios másters en Atención Temprana, unas cuantas tesis de licenciatura y de doctorado y ha participado en un sinfín de cursos de doctorado y de la especialidad.

Ha contribuido con más de cuarenta capítulos en los más prestigiosos libros y monografías de la especialidad. Unos 60 trabajos de investigación en revistas nacionales e internacionales, más de 20 ponencias y más de 200 comunicaciones en congresos nacionales e internacionales.

Ha publicado dos libros y organizado varios congresos nacionales e internacionales.

Ha recibido gran número de premios y distinciones.

Es miembro de numerosas sociedades científicas españolas e internacionales

Por lo que a su faceta asistencial respecta recordaremos que, tras su actividad en el Laboratorio de Hematología y Transfusiones del Hospital Clínico, fue Médico Residente de Pediatría en el Servicio del Hospital Clínico los años 1970 al 1973. Adjunto de Pediatría del mismo de 1973 a 1992. Jefe de Servicio por concurso-oposición del Hospital S. Francesc de Borja de Gandía desde 1992 al 95 y a partir de ese año Jefe de Servicio de Pediatría, también por concurso oposición del Hospital Dr.

Peset. El año 2008 fue reclamado para ocupar la plaza de Jefe del Servicio de Pediatría del Hospital La Paz de Madrid, plaza que ganó por concurso oposición y donde ha llevado a cabo una labor tan encomiable que hasta el día de hoy, aún le siguen reclamando sus colaboradores para consolidar las innovaciones que allí implantó que no son otras que las que nuestro grupo había podido configurar a lo largo de décadas y que él enriqueció extensamente.

A él se debe además la organización y clasificación de las unidades de Nefrología Pediátrica de la red nacional. También colaboró decisivamente en la organización de las unidades de Cuidados Intensivos de la red española

Ha sido miembro durante muchos años de la Comisión Nacional de Pediatría. Miembro de diversas sociedades de pediatría, nacionales y extranjeras que no hago mención para no cansarles

Vicedecano de Docencia de la Facultad de Medicina y Odontología de la Universidad de Valencia durante los años 1987 a 1990.

Jefe del Departamento de Pediatría, Obstetricia i Ginecología de nuestra Universidad desde 1999 al 2006.

Para acabar desearía resumir el concepto que como persona y como pediatra me merece. Roberto Hernández es uno de los grandes de la Pediatría Española, grande por su profesionalidad, grande por su humanidad. De su integridad moral da fe el hecho de que ha tenido siempre el respeto de los grupos de poder pero jamás su confianza. Un detalle de la desconfianza con que ha sido tratado lo refleja uno de los episodios más bochornosos de la Universidad Española que paso a relatar. La Facultad de Medicina de Alcalá de Henares no tenía catedrático de Pediatría por lo que en la década de los 90 se convocó el correspondiente concurso-oposición según el sistema antiguo con tribunal, pues se pensaba que podría obtenerla un prestigioso pediatra de Madrid. Roberto se inscribió para presentarse al concurso. Este jamás se ha celebrado. Ni siquiera años después cuando falleció el otro concursante y él quedaba como único aspirante.

Desde que le conozco Roberto ha sido consciente de la gran responsabilidad que contrae el médico con el individuo y la sociedad que lo cobija cuando cura, previene, alivia o consuela, Pertenece al reducido grupo de médicos auténticos, profesionales que anteponen la asistencia al enfermo a cualquier otra contingencia, y que a la vez lo hacen de manera discreta sin ostentación ni envanecimiento, siguiendo el inalcanzable ideal que nos enseña el aire, que siendo imprescindible no hace notar su existencia.

Muchas gracias