

**DISCURSO PRONUNCIADO POR EL
EXCMO. SR. DR. D. ENRIQUE ASIN CARDIEL**

**CARDIOLOGO
PROFESOR ASOCIADO DE CARDIOLOGIA DE LA
UNIVERSIDAD DE ALCALA DE HENARES
INTERNATIONAL FELLOW AMERICAN HEART ASSOCIATION
FELLOW EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY**

**REPERCUSION SOCIAL Y PREVENCION
DE LAS CARDIOPATIAS**



Excelentísimo Señor Presidente
Excelentísimos Doctores Académicos
Señoras y Señores:

Es para mí un alto honor proceder en este solemne acto a dar lectura al discurso de ingreso en esta Ilustre Real Academia de Doctores.

En primer lugar quiero agradecer a la Junta Directiva y a su Presidente, el Excelentísimo Sr. D. Rafael Díaz-Llanos, el haberme propuesto como miembro de número de esta Real Academia. Quiero también agradecer a los Señores Académicos su presencia, así como a la Audiencia dispuesta a escuchar mi discurso de aceptación.

En muchos casos esta distinción como académico se realiza como premio a una dilatada vida profesional. En mi caso accedo a esta Academia en una fase activa de mi vida profesional. Quiero interpretar que ello, por otra parte, me compromete en la obligación de desarrollar una labor dinámica en el seno de la misma.

Las diferentes áreas del conocimiento humano integradas en esta Academia, hacen que sea para mí una enorme responsabilidad el integrarme en la misma como uno de sus miembros, pero también un gran soporte intelectual por las aportaciones de todos ustedes en el ámbito de la cultura y de la ciencia.

REPERCUSION SOCIAL Y PREVENCIÓN DE LAS CARDIOPATIAS

Excmo. Sr. Presidente, miembros e invitados de la Academia, Sras. y Sres.

Al plantearme el discurso de ingreso elegí el que seguidamente voy a pronunciar en base a lo que considero es un grave problema médico-social no resuelto en nuestro país. Al no pertenecer la mayor parte de Vds. a la profesión médica, he procurado evitar terminologías habituales para los médicos pero lógicamente no tanto para el resto. Pido de antemano disculpas porque probablemente no lo habré conseguido del todo.

Las enfermedades del sistema cardiocirculatorio constituyen uno de los problemas de salud pública más importante que tiene planteada nuestra sociedad. Representan una alta proporción dentro de las enfermedades que padece nuestra población, tanto por su incidencia como por su prevalencia. Es ya conocido que estos procesos constituyen la primera causa de mortalidad en los países industrializados. Aproximadamente cincuenta de cada cien muertes son debida a enfermedades cardiovasculares. Por otra parte el hecho de presentarse en épocas precoces de la vida y el largo proceso crónico que conllevan estas enfermedades, así como la repercusión humana, social y económica con deterioro prolongado en la calidad de vida de las personas que las padecen, limitaciones laborales, etc., hace que represente un grave problema social.

El siglo XX puede considerarse como la era del sistema cardiovascular. Por ejemplo en un país con estadísticas fiables, Estados Unidos, con una población aproximada de más de doscientos cuarenta millones de habitantes, sesenta y seis millones, es decir uno de cada cuatro, padecen alguna forma de enfermedad cardiovascular. En 1986 murieron cerca de un millón de americanos por alguno de estos procesos, es decir más que en todas las guerras juntas, pero lo que es más grave de estas muertes doscientas mil estaban por debajo de los sesenta y cinco años. El coste económico derivado de los gastos médicos de enfermería, de asistencia domiciliaria, de hospitalización, de pérdida de productividad, representó ochenta y ocho mil millones de dólares en aquel tiempo.

El término de enfermedad cardiovascular es muy amplio y genérico y por ello vamos a intentar precisar para centrar la verdadera magnitud del problema.

Las enfermedades del corazón pueden dividirse en tres grandes grupos:

- Las enfermedades congénitas.
- Las enfermedades secundarias a fiebre reumática que afectan fundamentalmente a las válvulas.
- Las enfermedades secundarias a la arterioesclerosis coronaria.

Las enfermedades reumáticas que afectan al corazón y a sus válvulas desde la era de la aplicación de los antibióticos y a la mejoría del nivel sanitario de la población, tienden progresivamente a disminuir, siendo menos infrecuentes en aquellos países cuyo nivel sanitario es más alto. Sin embargo las enfermedades congénitas y especialmente las derivadas de las arterioesclerosis son las que cada vez incrementan su frecuencia.

La importancia relativa de cada grupo de patologías dentro del conjunto de enfermedades cardiacas es la siguiente: complicaciones de la hipertensión arterial 34%; enfermedad coronaria 13%; enfermedades cerebrovasculares 13%; enfermedades valvulares reumáticas 2%; otras enfermedades cardiacas 10%; enfermedades del sistema venoso y linfático 20%; enfermedades arteriales 8%.

El problema que representan las **enfermedades congénitas** puede valorarse si tenemos en cuenta que uno de cada cien niños vivos tiene una malformación cardiaca. Por ello puede calcularse que anualmente nacen en España alrededor de cinco mil niños que van a precisar la atención del cardiólogo pediátrico en sus primeros meses de vida.

Sólo en un 5% de los casos se conocen las causas de las cardiopatías congénitas: mensaje genético, herencia, factores ambientales, infecciones, tóxicos como el alcohol, traumatismos, etc. Gracias a los avances en los métodos de diagnóstico y al desarrollo espectacular de la cirugía cardíaca infantil más del 80% de estos niños son curados totalmente o parcialmente pudiendo en este último caso ofrecerles una vida aceptable. Casi todas las cardiopatías congénitas se curan o mejoran sensiblemente mediante una intervención quirúrgica que restablezca a estos enfermos la circulación normal. Recientemente es cada vez mayor el desarrollo de procedimientos que permiten la corrección de determinadas cardiopatías mediante técnicas que posibiliten llegar al corazón a través de los vasos, evitando así la cirugía corrigiéndose un significativo número de cardiopatías sin necesidad de intervención quirúrgica. Esta línea de tratamiento de las cardiopatías congénitas abre una apasionante vía para el futuro. Para cualquier tipo de tratamiento es imprescindible un diagnóstico precoz y correcto antes de que el deterioro del proceso impida el adecuado beneficio de los procedimientos terapéuticos.

El segundo grupo de enfermedades, las **enfermedades valvulares**, secundarias a las secuelas de la fiebre reumática que es a su vez secundaria a la infección amigdalar faríngea por una bacteria, el estreptococo hemolítico, durante la edad juvenil, tiende a disminuir cada vez más a medida que se tratan de forma correcta el proceso infeccioso de garganta. Así en España se pasó de 21.9 por cada mil habitantes en 1970 a 11.2 en 1980. Sin embargo somos todavía el país con mayor mortalidad por estas causas de la CEE. Por ello son necesarias las campañas de educación sanitaria para tratar correctamente procesos faringo-amigdalíticos secundarios a la infección estreptocócica antes de que pueda aparecer la fiebre reumática y sus secuelas, las enfermedades valvulares cardíacas.

Dentro de las enfermedades cardiovasculares, las derivadas de la **enfermedad coronaria** y sus manifestaciones, la **angina de pecho** y el **infarto de miocardio**, la **hipertensión arterial**, la **arterioesclerosis** y sus complicaciones: las **enfermedades cerebrovasculares** constituyen la verdadera epidemia de nuestro tiempo. Todos estos procesos están relacionados con la **arterioesclerosis**, o sea, con la acumulación en la pared interna de las arterias de sustancias de tipo grasa y fibras que progresivamente van ocluyendo su luz. Esta enfermedad arterioesclerótica va a condicionar cuando afecta a las arterias coronarias la disminución del aporte de sangre al músculo cardíaco y clínicamente

puede manifestarse como falta transitoria de oxígeno en el corazón, **angina de pecho**, o como interrupción brusca del aporte de sangre a una parte del corazón con deterioro de su función, es decir como un **infarto de miocardio**. El mecanismo íntimo de esta alteración de la pared arterial y que denominamos arterioesclerosis no se conoce pero sí se han identificado factores de riesgo que favorecen el desarrollo de esta enfermedad.

Alrededor de un millón y medio de pacientes sufren cada año en USA un infarto de miocardio. En 1979 528 hombres y 171 mujeres morían por cada cien mil habitantes por enfermedad coronaria en este país. Mientras que en países de norte de Europa como Finlandia, esta proporción era aún mayor: 673 hombres y 142 mujeres. En los países latinos como España, la situación de base es afortunadamente mucho más favorable. En cifras publicadas por la OMS en este mismo año, la proporción por cada cien mil habitantes era aproximadamente la cuarta parte de la referida a Estados Unidos o a los países nórdicos.

Este acuciente problema sanitario ha obligado a que las Administraciones de estos países con alta incidencia de enfermedad coronaria así como a diversas Instituciones, Fundaciones, etc., hayan puesto en marcha programas de información y prevención para hacer llegar a la población la gravedad del problema y la necesidad de efectuar medidas de prevención. Con ello se ha conseguido en 18 años que países como Canadá, Bélgica, Australia, Suecia, etc., hayan disminuido la enfermedad casi en un 50% en las edades medias de la vida, según las cifras publicadas en 1987.

Estas medidas se fundamentan simplemente en la **corrección de los factores de riesgo**.

El término factor de riesgo se utiliza para destacar los aspectos hereditarios o de estilo de vida que pueden aumentar las posibilidades de desarrollar un problema, en este caso cardiaco. Estos factores están basados en las tendencias estadísticas en grandes grupos de población, pero no pueden predecir de forma segura lo que ocurrirá individualmente.

¿Cuales son los factores de riesgo identificados de forma clara desde un punto de vista epidemiológico? Algunos de estos factores como la predisposición familiar no pueden ser controlados, por el contrario otros si lo pueden ser: **El hábito de fumar** es la causa más importante de muerte de las que se pueden prevenir. En Estados Unidos trescientas cincuenta mil de los dos millones de muertes anua-

les pueden relacionarse con el tabaco. Los fumadores tienen un riesgo aumentado de desarrollar enfermedad arterioesclerótica cardiovascular, así como varios tipos de cáncer o de enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Numerosos estudios han demostrado que el tabaco es el más importante de los factores de riesgo modificable de enfermedad coronaria. El hábito de fumar actúa de forma sinérgica con otros factores de riesgo. En mujeres el uso de anticonceptivos orales y cigarros aumenta enormemente el riesgo de enfermedad coronaria. Estudios prospectivos que han afectado a más de 20 millones de personas durante un año han mostrado que los fumadores presentan 70% más enfermedad coronaria que los no fumadores y en fumadores muy importantes hasta un 200% de mayor incidencia de enfermedad coronaria. La muerte súbita es desgraciadamente la primera manifestación de enfermedad coronaria en una alta proporción de casos. Los fumadores tienen tres veces más riesgo que los no fumadores. La incidencia del tabaquismo en pacientes que han padecido un infarto de miocardio muestran cifras que hablan por sí solas, del 81 al 92% en las diferentes series.

Aproximadamente cuatro mil sustancias han sido identificadas en el cigarrillo, algunas son farmacológicamente activas: tóxicos, sustancias mutagénicas, cancerígenas, antigénicas, etc. La inhalación del humo del cigarrillo produce diferentes respuestas cardiovasculares, incluyendo incremento en la presión arterial sistólica y diastólica; aumento en la frecuencia cardíaca; vasoconstricción en las arterias y disminución en el flujo de las arterias coronarias. El uso de cigarrillos con bajo nivel de nicotina no ha demostrado reducir el riesgo de enfermedad coronaria. Los consumidores de puro o los usuarios de pipa tienen un riesgo algo menor, pero no desaparece el riesgo.

Las campañas de información han demostrado su utilidad aunque, el comportamiento del fumador es el del adictivo. Este efecto de las campañas para reducir el hábito de fumar puede valorarse por ejemplo por la proporción de adultos que han dejado de fumar en Estados Unidos entre 1966 y 1983, pasando de un 43 a un 32%, lo que ha contribuido a reducir la enfermedad coronaria de este país.

Después de un infarto de miocardio el hecho de dejar de fumar se considera que disminuye el riesgo de un nuevo infarto de miocardio de un 20 a un 50%. Todos estos datos son demostrativos de la necesidad de que desaparezca el hábito de fumar. Para ello, los profesionales de la salud deberíamos constituir un ejemplo para la pobla-

ción, lo cual desgraciadamente no siempre ocurre. En este sentido es lamentable la alta proporción de colegas médicos en este país que tienen el hábito de fumar siendo mucho mayor en España que en otros países de nuestro entorno el número de médicos fumadores. Son necesarias por tanto campañas para dar a conocer a la población e intentar que todos, pero especialmente los jóvenes no comiencen con este hábito.

Las estadísticas publicadas entre 1977 y 1985 cifran entre el 43% y el 60% el porcentaje de médicos fumadores y del 57% en ATS. Los profesionales de la Sanidad infraestiman la influencia que en este aspecto pueden tener en la Sociedad. Deben constituir con su actitud un ejemplo y actuar como informadores y educadores sanitarios y ser impulsores de la lucha antitabáquica, ya que por el mayor conocimiento que tienen del riesgo del tabaquismo están moralmente obligados a sensibilizar a la población en este sentido.

Otro de los factores de riesgo más importante es la **hipertensión arterial** en su doble vertiente, como enfermedad en sí misma y como factor en sus complicaciones. Debemos tener presente que algunos pacientes con hipertensión arterial pueden ser curados, mientras que otros pueden ser controlados mediante medidas higiénico-dietéticas y terapéuticas. Es necesario transmitir el mensaje de que aunque sea preciso tratamiento médico de por vida, éste es necesario, ya que el riesgo del hipertenso arterial controlado es similar a las personas no hipertensas, mientras que el riesgo que tiene de padecer enfermedades coronarias el paciente no controlado así como de complicaciones cerebrales, vasculares, etc. es alto. Un hombre de 40 años con hipertensión arterial no tratada tiene treinta veces más posibilidades de sufrir un accidente cerebrovascular que una persona de la misma edad con cifras normales de tensión arterial.

Podemos tener una idea de la importancia que la hipertensión arterial tiene como problema de salud pública si tenemos en cuenta que es la primera causa de inicio de enfermedad en personas jóvenes y que en términos generales podemos afirmar que llega a afectar a una de cada cinco personas. En USA se calcula alrededor de 50 millones de hipertensos. ¿Cual es la prevalencia de hipertensión arterial en España? Los estudios efectuados muestran cifras variables, oscilan desde un 20% obtenido en una serie en Cataluña hasta el 33.2% en una serie obtenida en Galicia. Estas cifras son similares a los estudios efectuados en el sur de Europa con cifras del 27% en varones y el

30% en mujeres en edades entre los 40 y los 59 años. Las cifras de hipertensión arterial aumentan con la edad, así la prevalencia de hipertensión arterial en pacientes por encima de los 65 años muestran valores superiores. La evolución de la presión arterial con el sexo muestran cifras menores en las mujeres, tanto en valores de la tensión sistólica como diastólica hasta los 50 años cambiando entonces la relación, siendo mayor la prevalencia de hipertensión en mujeres.

Los medios de que disponemos los médicos para el control de la presión arterial nos permite ser eficaces para prevenir las complicaciones de la hipertensión. El problema mayor no es la eficacia de los medicamentos de que disponemos, que lo son suficientemente, sino del número de hipertensos desconocidos o no controlados. Tampoco aquí la sociedad actual parece ser muy consciente del problema y de las posibilidades de su prevención ya que como se ha mencionado anteriormente, es preciso el control y tratamiento para evitar las complicaciones sobre los órganos diana: riñón, cerebro y corazón.

En la lucha contra la hipertensión arterial, si consiguiéramos mediante los programas de concienciación y educación la reducción de la presión arterial sanguínea media de la población en 2-3 mmHg, salvaríamos tantas vidas como salva toda la terapéutica medicamentosa antihipertensiva. Por tanto es necesario combinar la estrategia de actuación individual con una estrategia en toda la comunidad.

En un estudio realizado en Inglaterra y en Escocia sobre 105 pacientes menores de 50 años con complicaciones de hipertensión arterial, en una cuarta parte no se había diagnosticado la enfermedad, en otro 25% había sido diagnosticada pero no se había tratado nunca, y la mitad restante, había sido tratada pero no controlada. En este estudio sólo habían sido diagnosticados y tratados correctamente un 2% de los pacientes hipertensos. Este mismo aspecto queda también reflejado en los estudios realizados en Galicia donde un 63% de los hipertensos reconocían que lo eran, del 33% restante a un tercio no se le había indicado medicación y de los que estaban en tratamiento sólo lo cumplían un 40%. Por ello aún disponiendo en el momento de los conocimientos necesarios para reducir la presión arterial a través de los procedimientos higiénicos dietéticos y terapéuticos, la efectividad que se obtiene es todavía muy limitada.

Otro de los factores fundamentales a considerar es la relación entre **colesterol y arterioesclerosis**. Es evidente como se ha demostrado en repetidos estudios clínicos experimentales y epidemiológicos la relación directa entre colesterol y arterioesclerosis. Por eso es nece-

sario el control del colesterol mediante la realización de sistemas de alimentación más correctos. Para ello es preciso evitar los alimentos con grasas saturadas y aumentar la ingesta de frutas y hortalizas, de legumbres, de vegetales y de pescado. Es necesario comer lo justo en cantidad, en calorías, pero además se debe comer cualitativamente bien.

Hasta la década de los 70, la incidencia de enfermedad coronaria y accidentes cerebrovasculares era más elevada en los niveles socioculturales más altos. En la actualidad se observa un cambio ostensible y aumenta la incidencia precisamente en los niveles sociales más bajos, ya que este grupo de población está menos predispuesto a observar las recomendaciones de una vida más sana y una alimentación más equilibrada.

Los países con dietas con alto contenido de grasas animales son los que su población muestra las cifras más elevadas de colesterol y los que tienen mayor incidencia de cardiopatía isquémica. Comparemos los 104 mgrs. de media que presentaban los etíopes con los 250 mgrs. que muestran los noruegos. El descenso de la incidencia de enfermedad cardiovascular en los países en que han funcionado las campañas de prevención pueden relacionarse con el descenso en el consumo de grasas animales y con el aumento del consumo de aceite y grasas vegetales.

Las costumbres dietéticas en nuestro país son bastante ventajosas en este sentido, especialmente la denominada "dieta mediterránea". Debemos influir en las generaciones más jóvenes para cambiar estos hábitos dietéticos y copiemos otras cosas pero no las costumbres de alimentación de otros países con dietas más insanas.

Decía D. Gregorio Marañón en 1932, "En España no se muere nadie de hambre, aún cuando muchos la padecen, pero cada año desaparecen antes de tiempo de la superficie de la Península miles y miles de individuos por comer de modo contrario a las leyes de la Naturaleza".

La combinación de varios factores de riesgo potencia el efecto de cada uno de ellos. Así si corregimos los factores dietéticos junto con el hábito de fumar se ha podido demostrar en el estudio de Oslo en ocho años una reducción de un 50% de incidencia en enfermedad coronaria. En este sentido 6% en el grupo control tuvieron enfermedad coronaria mientras que en el grupo de intervención la incidencia fue del 3%.

El ejercicio físico ha demostrado tener un efecto preventivo beneficioso no solamente bajando los niveles de colesterol sino evitando

el sobrepeso y mejorando el control de la tensión arterial.

El “**stress**”, la sobrecarga laboral, las preocupaciones personales son también factores negativos en el desarrollo de enfermedad coronaria. El corazón es uno de los órganos más sensibles a los estímulos de origen psíquico. Existe una conducta que se conoce como conducta tipo A descrita por Rosenman y Friedman, que es la persona que siempre tiene prisa, ambiciosa, agresiva e impulsiva y que pretende alcanzar cotas en el menor tiempo posible. Son personas que persiguen objetivos mal definidos y cada vez más difíciles de alcanzar. Son personas en permanente competencia. Pues bien este tipo de personalidad ha demostrado en algunos estudios que tiene el doble de posibilidades de padecer enfermedad coronaria que la personalidad tipo B, la opuesta. Sin embargo, recientemente se ha encontrado un perfil frecuente en paciente con infarto de miocardio caracterizado por ser personas compulsivas pero que reprimen las emociones. Estos datos ponen de relieve el hecho bien conocido de la influencia psicológica en la génesis y evolución de la enfermedad coronaria y de la influencia de la personalidad deducida a través del tipo de conducta.

Se ha estudiado también la influencia del matrimonio. En este sentido es curioso un reciente trabajo realizado en Estados Unidos donde los maridos con mujeres muy instruidas, que trabajan fuera de su hogar corren triple riesgo de padecer enfermedad coronaria que los que no tienen estas circunstancias.

La predisposición familiar es otro de los factores de riesgo demostrado desgraciadamente inmodificable como factor aislado. Más de la mitad de los pacientes coronarios (52%) en la serie de Baruquer y cols. presentaban antecedentes familiares de estos procesos. Otras series muestran cifras que oscilan del 16 al 63%. La predisposición genética hace que los pacientes con antecedentes familiares tengan que extremar aún más la prevención de otros factores de riesgo.

La obesidad, la diabetes, el aumento de las cifras de ácido úrico, el consumo de anticonceptivos son también predisponentes pero que aparecen en lugares más posteriores en las estadísticas disponibles.

Vemos por tanto que las enfermedades cardiovasculares en relación con la arterioesclerosis, las cardiopatías coronarias, durante el siglo veinte están en relación en gran parte con el estilo de vida inadecuado promovido por la industrialización y la organización de la sociedad. Sin embargo el mensaje no puede ser pesimista, ya que es mucho lo que se puede hacer en la prevención. Es necesario la iden-

tificación de los factores de riesgo para saber qué personas o grupos de población son candidatos para esa intervención preventiva. Para ello disponemos en la actualidad de suficientes procedimientos clínicos diagnósticos.

Una vez identificados los pacientes con riesgo de padecer estos procesos es necesario por parte del médico, gran habilidad para conseguir cambios en el hábito de la conducta algo por otra parte difícil. Para ello será necesario la aptitud individualizada del médico frente al paciente. La dedicación prolongada, la necesidad de efectuar recomendaciones con autoridad sin ambigüedad y dando unas indicaciones claras y positivas. El médico debe intentar la hábil educación de las reacciones de las personas en riesgo que les haga cambiar sus hábitos nocivos en lugar de una larga lista de cosas que no hay que hacer. Es necesario que los pacientes fijen sus propios objetivos y asuman su responsabilidad, haciendo énfasis en que la conducta contraria es una conducta peligrosa y lo mucho que pueden conseguir modificando esos hábitos. No se trata de dejar de hacer algo que gusta, sino de cambiar por algo que puede ser mejor. La dieta por ejemplo, la dieta mediterránea u oriental es más sabrosa que la dieta anglosajona. El hacer ejercicio físico incrementa la sensación de bienestar. El abandonar el tabaco hace que muchas personas se sientan mejor y no peor. El consumo moderado del alcohol si no se es hipertenso, no tiene un efecto nocivo e incluso puede ser positivo. Es por tanto importante dedicar más energía a mejorar la calidad de vida, de manera que sea noble, alegre, creativa, mejor que en caso contrario, en que la existencia sería "el aburrido devanar molecular de la cuerda de un lúgubre reloj biológico". A estas palabras de Louis Lasaña habría que añadir que la mejoría de la calidad de vida, desechando hábitos nocivos, puede también evitar una posterior pobre calidad de vida en personas que por no prevenir puedan padecer estas cardiopatías.

La lucha de las enfermedades cardiovasculares en general y especialmente contra la enfermedad arterioesclerótica y todas sus derivaciones, infarto de miocardio, angina de pecho, accidentes cerebrovasculares, es una batalla que se puede ganar. **El arma se llama prevención.**

La repercusión social de todas ellas es importante, no sólo por la alta mortalidad, sino por el deterioro de la calidad de vida de los pacientes que la sufren y por la repercusión económica que tiene en la sociedad. A pesar del enorme desarrollo en los procedimientos de

tratamiento médico y quirúrgico siguen sin embargo ocupando el primer lugar las medidas preventivas. Por ello es preciso que las diferentes Administraciones autonómicas, estatales, etc., así como diferentes Sociedades médicas profesionales, Instituciones, Fundaciones, etc. desarrollen campañas encaminadas a informar a la población de la magnitud del problema, de la relación de estos procesos con los hábitos de vida y que podamos poco a poco ir terminando con esta moderna epidemia que sufre la humanidad. Otros países ya lo están logrando, no seamos nosotros también aquí diferentes.

La mayor parte de las enfermedades cardíacas tienen un hecho diferencial respecto a otros procesos patológicos y es la posibilidad de poder prevenirlos. En nuestra mano está el hacerlo. No podemos ser fatalistas. "El destino no está en las estrellas sino en nosotros mismos", afirmaba William Shakespeares.

Excelentísimos Sras. y Sres. quiero que este discurso de ingreso en la Real Academia de Doctores, sirva para lanzar una llamada de reflexión a la Sociedad y a nuestras Instituciones para que España siga el camino emprendido por otros países en la lucha contra la más grave epidemia de nuestro tiempo, las enfermedades cardiovasculares. A ello tenemos que colaborar todos.

Muchas gracias.

1. ASIN CARDIEL E. SANCHEZ P. A. Cuide su Corazón. Fundación Hispana de Cardiología. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1988.
2. BARUQUER FS, MUÑOZ JR, ARRIBAS J.L. y Cols. Factores de riesgo cardiovascular en pacientes jóvenes con infarto agudo de miocardio. *Clín. Invest. Arterioesclerosis*. 1: 99-102, 1989.
3. CASTRO BEIRAS A. JUANE R. MUÑIZ J. Situación y nuevos aspectos de la hipertensión arterial en España. *Rev. Esp. Cardiol*. 43 I 3 1990.
4. DOLL R. RETO R. Mortality in relation to smoking and the risk of heart attack: A report from the British Regional Heart Study. *Lancet* 2: 1376, 1986.
5. ERICA Research Group. The CHD risk-map of Europe. The 1st report of the WHO-ERICA Project. *Eur. Heart J.* 9 Sup. II I-36. 1988.
6. FRIEDMAN M. ROSENMAN RM. Type A. Behaviour and Your Heart. New York Knopf, 1974.
7. FROELICHER VF, BROWN P. Exercise and Coronary heart disease *J. Cardiac. Rehabilitation*; 1: 227. 1981.
8. GIFFORD R. W., KIRKENDALL W, O'CONNOR D. T. WEIDMAN W. Office evaluation of hypertension. *Circulation* 79: 721. 1989.
9. GRUNDY S.M., HENNEKENS CH H, KANNEL WB, STRONG J.P. American Heart Association. *Circulation* 1114 A 1985.
10. HEYDEN S. Preventive Cardiology. Duke University Medical Center Durban 1983.
11. IMS. Las enfermedades cardiovasculares. Una aproximación estadística, IMS. Ibérica 1988.
12. JOINT NATIONAL COMMITTEE. The 1988 report of the Joint National Committee on detection, evaluation and treatment of high blood pressure. *Arch. Inter. Med.* 148 1023 1988.
13. LASHAGNA L. Citado por STORSTEIN, L. Cambios de estilo de vida en pacientes cardiovasculares, medición de su efecto. Quality of life. Ed. G.F.B. Birdwood pg. 4. 1988.

14. LIBOW M., SCHLANT RC: Exercise and coronary heart disease.
J. Cardiac Rehabilitation 1: 227 1981.
15. MARAÑÓN. Obras Completas. Tomo I Diálogos. Espasa Calpe, S.A. pg. 23. 1968.
16. OMS. Prevención de la cardiopatía coronaria. Ginebra 1982.
17. SERRANO S, SORIANO P, SANCHEZ C. ASCACO J.F. MARTINEZ-VALLS J.F. CARMENA R. Factores de riesgo cardiovascular en pacientes sobrevivientes a infarto de miocardio. Anales Med. Int. 1989.
18. UHL GS, FARREL PW. Myocardial infarction in young adults: risk factors and natural history. Am. Heart J. 1983, 105 548-553.
19. WHO European Collaborative Group. Multifactorial trial in the prevention of coronary heart disease. Risk factor changes at two and for years. Eur. Heart J. 1982 3: 184-190.

DISCURSO DE CONTESTACION

POR EL

Excmo. Sr. Dr. D. José Manuel Rodríguez Delgado
ACADÉMICO DE NÚMERO

Excmo. Sr. Presidente

Drs. Académicos

Sras. y Sres.:

Siento un gran placer, tanto personal como profesional, al dar la bienvenida a esta Real Academia de Doctores al nuevo Académico y querido compañero, Profesor Enrique Asín Cardiel.

Su gran valía científica y el humanismo de su personalidad ya me eran conocidos cuando yo dirigía el Departamento de Investigación del Centro Ramón y Cajal, donde el Dr. Asín era, y es, Jefe Clínico de Cardiología.

Posteriormente he tenido la fortuna de que se haya preocupado por el buen funcionamiento de mi sistema cardiovascular en el Sanatorio Virgen del Mar, y de coincidir con el Dr. Asín y con alguno de sus familiares en España y en Norteamérica. A través de todos estos contactos se ha acrecentado la admiración que siento por su labor social, por su competencia profesional, y por sus cualidades personales.

El Dr. Asín es uno de los mejores cardiólogos de habla hispana, con la fama de sus conocimientos y de sus libros que trasciende a las medicinas italiana, francesa e inglesa. En su obra hay una convergencia de la clínica asistencial con la promoción de nuevas tecnologías y la investigación cardiovascular.

Mi interés por su obra se relaciona con alguno de mis propios estudios: En el año 1945 estaba yo en el Instituto Ramón y Cajal, que en aquella época estaba situado en los altos del Buen Retiro, realizando circulaciones cruzadas en perros y comprobando las correlaciones vasculares entre cabeza, tronco y patas posteriores. Poco podía imaginarme en aquella época que el niño Enrique Asín que entonces tenía un año de edad, sería con el tiempo un famoso cardiólogo.

Más tarde, en el año 1952, ya en la Universidad de Yale publicaba yo las primeras implantaciones de electrodos en el corazón de mamíferos, sin darme cuenta de la importancia que en el futuro iban a tener los marcapasos de corazón.

El Dr. Asín nos habla de la importancia del estrés y de la emocionalidad en la patología cardiaca. Confirmando experimentalmente su juicio clínico, recuerdo que en 1960 en los monos de mi Laboratorio de Yale demostrábamos que el estímulo eléctrico de la zona hipotalámica modula la excitabilidad cardiaca pudiendo producir extrasístoles repetidos.

Existe una sintonía científica con la obra del Dr. Asín, que refuerza mi afecto personal y mi admiración por sus actividades profesionales.

LA PERSONA

Enrique Asín Cardiel nace en Madrid el día 14 de agosto de 1944, estando por lo tanto en los cuarenta y tantos años de edad. Es simbólico que en el espíritu renovador de esta Real Academia se dé entrada a personas jóvenes que tienen demostrados méritos personales. Su influencia puede ser decisiva para el futuro de la Academia.

Enrique Asín cursa estudios de Medicina en Madrid, licenciándose en 1968, haciéndose especialista en Cardiología en 1972 y doctorándose "cum laude" en 1980.

Su formación profesional tiene el prestigio de estudios cursados en el Hospital Broussais de París en 1970, el Guy's Hospital de Londres en 1972, el Institut de Cardiologie de Montréal en 1974, el Mc. Guill General Hospital en 1974 y nuevamente en Inglaterra en 1987.

Actualmente el Dr. Asín es Jefe Clínico de Cardiología en el Centro Ramón y Cajal de Madrid, Profesor Asociado de Cardiología en la Universidad de Alcalá de Henares, y Director de Cursos de Doctorado en Cardiología en esta misma Universidad de Alcalá.

Como sería de esperar el Dr. Asín es miembro de la Sociedad Española de Cardiología, donde ha ocupado los cargos de Vicesecretario, Secretario General y Vicepresidente. En el pasado fue Secretario General de la Fundación Hispana de Cardiología.

Entre sus muchos méritos se incluyen los siguientes: International Fellow American Heart Association; Member of Clinical Council American Heart Association; Fellow of European Society of Cardiology. Es Miembro de Honor de las Sociedades de Cardiología de Puerto Rico, Cuba, Santo Domingo y otros países. Ha sido Profesor y Director de Cursos Internacionales de Cardiología en Argentina, Ecuador, Puerto Rico, República Dominicana, Portugal, México, Venezuela y otras naciones.

El Dr. Asín es autor de 5 libros, con traducciones al italiano y al francés, y ha colaborado en otros 14 libros. Sus trabajos en revistas nacionales e internacionales suman más de 60. Ha presentado 115 comunicaciones y 150 Ponencias o Conferencias en diversos Congresos dentro y fuera de España.

Todos estos números tienen un impresionante valor estadístico pero hay algo que tiene tanta o más trascendencia: El Dr. Asín ha sido uno de los iniciadores de las Unidades Coronarias en España, comenzando por el funcionamiento, en los años 70, de la Unidad del Hospital Provincial de Madrid.

¡Cuántas vidas han sido salvadas por estas actividades! Desde aquí quiero ofrecer el agradecimiento silencioso y emocionado de los que están vivos gracias al esfuerzo y a la inteligencia del Dr. Asín y de su equipo.

Otra realización importante ha sido el desarrollo pionero de las técnicas de ecocardiografía-doppler cuando en los años 1972 estas técnicas empezaban a ser utilizadas en Europa y en los Estados Unidos. La madurez clínica de las técnicas no invasivas es precisamente el tema del importante libro del Dr. Asín titulado "Diagnóstico en Cardiología" que se publica en 1984, con un prólogo del famoso cardiólogo norteamericano, Profesor Valentín Fuster De Carulla. En este prólogo se indica que la visión unitaria de los métodos no invasivos en cardiología es un concepto nuevo y de gran eficacia práctica, lo que supone un reconocimiento a la originalidad pionera del Dr. Asín.

Este es un aspecto trascendente en su obra: La posibilidad de llegar a diagnósticos anatómicos y funcionales precisos sin recurrir a medios invasivos. ¡Cuántos sufrimientos ahorrados a los pacientes! ¡Que importantes avances médicos y terapéuticos! Estas tecnologías que con frecuencia son poco conocidas y valoradas por los enfermos, debían despertar agradecimiento hacia el médico que las ha desarrollado y utilizado.

Además de la importancia de sus realizaciones clínicas y científicas, hay otra faceta en el Dr. Asín que quiero subrayar: Su calidad humana personal, el cuidado con que estudia a sus enfermos, el apoyo afectuoso que presta a sus pacientes, la comprensión psicológica que tanto vale en los enfermos cardiovasculares. Puede decirse que el Dr. Asín pone su corazón al tratar el corazón de sus pacientes.

Espero y deseo que esta sensación de ayuda a los demás sea un motivo de satisfacción y de paz interior cuando el Dr. Asín disfrute con su familia en la casa que tiene en Mallorca contemplando la inmensidad del mar.

EL DISCURSO DE INGRESO

Es habitual que los discursos de contestación ensalcen los méritos del nuevo Académico, y así espero hacerlo, pero antes quisiere expresar un comentario en cierto modo crítico: El discurso del Dr. Asín es de alto nivel informativo pero quizás refleja insuficientemente la valía de su propia obra. Esto puede deberse a la natural modestia personal por lo que yo deseo resaltar dos aspectos que siendo fundamentales no están suficientemente representados: El primero es su originalidad y su labor pionera, el segundo es su misión social.

En el año 1974 el Dr. Asín recibe el Premio Miguel Servet de Investigación. La razón de este premio es la aplicación de los ultrasonidos a la cardiología. Hoy día es rutina utilizar la ecocardiografía, sin que la mayoría de los médicos, ni de los pacientes, sepan que al Dr. Asín se debe el esfuerzo inicial y la labor pionera de traer y enseñar estas técnicas en España. Otro de los intereses profesionales del Dr. Asín es el diagnóstico y el tratamiento de las cardiopatías isquémicas. Sobre este tema su discurso es revelador y las cifras son escalofrantes con el millón y medio de personas que anualmente en USA sufren un infarto de miocardio. Hay que subrayar la parte esperanzadora en el Discurso del Dr. Asín, cuando nos habla de que la batalla médica se puede ganar y de que los riesgos son evitables incluyendo

el hábito de fumar, la toma de anticonceptivos orales, la hipertensión arterial, las dietas con exceso de colesterol, la falta de ejercicio físico y el exceso de preocupaciones y de emociones. Todo un programa de prevención cardiovascular y también de mejora de salud corporal.

Es sorprendente que con estadísticas tan reveladoras, con investigaciones tan demostrativas, y con propagandas que en USA llegan a las propias cajetillas de cigarrillos advirtiendo que el tabaco es un factor carcinógeno, malo para el corazón y para la salud, tantas personas, incluyendo bastantes médicos, sigan fumando. La prohibición de fumar en hospitales, aviones, hoteles y centros públicos ha reducido el riesgo, pero aún es necesario que se intensifique la labor informativa y sobre todo el ejemplo personal.

El Dr. Asín nos habla de la relación entre el colesterol y la arteriosclerosis, aconsejando dietas más sanas con pocas grasas saturadas y aumento de productos hortícolas y de pescados. El tema económico juega aquí un papel importante, pues el pescado suele ser más caro que la carne, y el futuro puede mejorarse considerablemente con el establecimiento de las piscifactorías que deberían de aumentar en nuestro país que tiene litorales tan ricos y abundantes.

Dice el Dr. Asín que "el corazón es uno de los órganos más sensibles a los estímulos de origen psíquico", y las personas ambiciosas, agresivas, tensas e impulsivas tienen el doble de probabilidad de padecer enfermedades coronarias que las personas más normales. Hay que tomar buena nota de estas afirmaciones para modificar nuestras vidas privadas, recordando que el estrés y la emocionalidad están fundamentalmente en la interpretación neurobiológica de la realidad que nos circunda.

En el creciente número de problemas cardiovasculares hay aspectos que conviene precisar: ¿Cuál es su causalidad? ¿Cómo pueden prevenirse? ¿Qué terapéutica hay que seguir?

El Dr. Asín nos habla, con razón, de la medicina preventiva, pero existe también otro factor: La mayor duración de la vida humana, el mayor número de personas que han cumplido los 70 años de edad. Al prolongarse la vida hay forzosamente un aumento de alteraciones cardiovasculares, pero esta realidad no debe ser considerada como un fracaso de la medicina, sino al contrario como el triunfo de vidas prolongadas a pesar de nuevos problemas, que naturalmente hay que comprender y resolver.

El aspecto social de la obra del Dr. Asín merece especial consideración. Sus diagnósticos y tratamientos acertados suponen un gran

ahorro económico para el país y para el enfermo, pero lo más importante es el ahorro de molestias y sufrimientos y la potenciación de actividades útiles y productivas. Frente a la rutina de las visitas médicas que con frecuencia es la plaga de la Seguridad Social, hay que oponer el cuidado personal, el interés y la dedicación de muchos médicos, como el Dr. Asín. Esto es bueno para el enfermo que estará mejor atendido, pero esto es aún mejor para el médico que puede percibir la enorme satisfacción de su obra humana, del contacto personal, de las amistades nacidas del agradecimiento de los enfermos, de la obra social realizada.

Bienvenido sea el Dr. Enrique Asín Cardiel a esta Real Academia de Doctores, esperando mucho de su juventud, de su colaboración y del ejemplo de su brillante actuación profesional, de su inteligencia y de sus valores humanos.