

Fuster: “El paciente que no se cuide podrá ser rechazado por el sistema”

Solo un 20% de los enfermos intervenidos controlan cuatro factores de riesgo un año después
“Hay una enfermedad silenciosa que la gente no se cree”, dice el cardiólogo

Emilio de Benito Santander 17 JUL 2013 - 13:35 CET1



Valentín Fuster, cardiólogo y director general del Centro Nacional de Investigación Cardiovascular Carlos III (CNIC). / Esteban Cobo (EFE)

Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en España, pero su prevención no está resultando nada fácil. Y ello no sucede porque no se sepa qué hay que hacer. En un curso magistral que ha dado en la Universidad Internacional Menéndez y Pelayo, Valentín Fuster, director del Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares (CNIC), resumió en siete los factores de riesgo (tabaco, colesterol, hipertensión, diabetes, sedentarismo, obesidad y edad) y, no sin cierto desánimo, admitió que los ensayos muestran que “solo los profesionales y los obsesivos” parecen dispuestos a cambiar sus hábitos. Ante una “epidemia silenciosa” que “la gente no se cree”, puede llegar a suceder que “el paciente sea rechazado por los sistemas sanitarios”, advirtió. Algo que ya empieza a barajarse en países como Reino Unido o Suecia, añadió.

Los ensayos empiezan a mostrar esta impermeabilidad de los pacientes a los consejos médicos. Por ejemplo, en una revisión de estudios hecha con personas que ya han tenido un infarto, publicada en abril, Fuster y otros investigadores constataron que un año después del suceso, solo el 20% había conseguido controlar cuatro de los factores (se medía tabaquismo, colesterol, hipertensión y azúcar).

Y si esto sucede entre quienes ya le han visto las orejas al alobo, la idea de que quienes se consideran impunes cambien sus hábitos le parece al cardiólogo una entelequia. “No queremos creer lo que nos está ocurriendo. No va a haber un cambio de hábitos, porque la población no se cree vulnerable. Por eso hay una epidemia”, dijo Fuster. En la misma línea de reconocer una situación peligrosa, Fuster fue tajante: “No me digan que en España se sigue la dieta mediterránea”.

Aunque todavía no hay datos, la misma idea subyace en el estudio Focus 1 que está realizando el equipo del investigador. Su objetivo es medir por qué las personas que han tenido un accidente cardíaco o cerebrovascular no toman la medicación que evitaría una recaída. El tratamiento básico es, en principio, sencillo: tres pastillas –anticoagulante, antihipertensión y anticolesterol-. La evidencia de que el cumplimiento terapéutico (lo que se denomina adherencia) es escaso llevó al CNIC, en colaboración con laboratorios Ferrer, que colaboraron en la preparación del encuentro de Santander al que fue invitado EL PAÍS, a desarrollar la polypill, una píldora que incluye los tres compuestos en un solo comprimido. “No se trata de ponerlos todos juntos”, advirtió Fuster. La idea es facilitar que se siga el tratamiento, y que sea más barato –“hemos aprendido que lo que encarece el medicamento es la distribución”, dijo el médico-. La polypill, de momento, está permitida en siete países latinoamericanos. Se espera que el año que viene se apruebe en Europa, y que al siguiente esté también en EE UU.

Esta idea de una pastilla a dosis fijas contradice uno de los principios que parecen regir la nueva medicina: los tratamientos personalizados, admitió Fuster. De alguna manera, las enfermedades cardiovasculares son algo “difuso” y, por lo que dijo el médico, de momento escapan a las nuevas tendencias: ni la genética como factor predictivo, ni el uso de células madre ni los tratamientos individualizados han demostrado de momento una gran utilidad. Sigue habiendo que acudir a la anatomía y la fisiología clásicas.

En la misma línea, Fuster defendió el uso de los nuevos anticoagulantes que se dan a dosis única y no hay que regularlos en función de analíticas periódicas a los pacientes. Es un debate que en España enciende a los especialistas entre defensores del Sintrom y los del Dabigratán. El problema de este último, más nuevo y cómodo para el paciente, es, por un lado, su precio. De hecho los médicos de primaria acaban de emitir un comunicado protestando porque no les dejan recetarlos en todas las comunidades. Por otro, que hay que ser muy riguroso con los horarios ya que si no hay riesgo de sobredosis, admitió Fuster. Por eso él, que tiene a sus pacientes en EE UU, es claro: a los que usen los anticoagulantes antiguos y les va bien, que sigan con ellos; a los nuevos pacientes, que empiecen con los nuevos. Si pueden pagárselo, algo que en países con sistemas de sanidad privados es muy importante.

"No me digan que en España se sigue la dieta mediterránea", dice el especialista

En la misma línea de la aparente excepcionalidad de la cardiología dentro de la medicina general, Fuster recordó los datos del estudio que presentó en la Asociación Americana del Corazón que indican que, en pacientes complicados, la cirugía (el bypass) sigue siendo la mejor opción frente a técnicas menos invasivas, como los catéteres o stents (minitubos que se meten dentro de las arterias para mantenerlas abiertas).

En las más de 12 horas de la clase magistral de Fuster, sin embargo, también hubo espacio para la esperanza. Por ejemplo, el programa Sesame con niños (que utiliza a los personajes de Barrio Sésamo para educar en salud), o el Fifty-fifty con adultos (con una metodología de ayuda entre pares parecida a la de alcohólicos anónimos para ayudar a cambiar los hábitos). Son los últimos intentos para conseguir una modificación en el comportamiento que lleven a la que sería la primera reducción de la incidencia de enfermedades cerebro y cardiovasculares de la historia.