

David A. Wood, cardiólogo del Imperial College, de Londres (Reino Unido): "No hacemos lo adecuado para prevenir las enfermedades cardiovasculares"

Catedrático de medicina cardiovascular del Imperial College londinense (Reino Unido), este especialista es consultor de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en materia de prevención del riesgo cardiovascular y fundador del proyecto EUROASPIRE, una iniciativa que pretende reformar la forma de abordar las enfermedades cardiovasculares, desde los centros de salud a las unidades hospitalarias, en todos los estados de la Unión Europea. Como investigador, se ha interesado por las repercusiones de la obesidad infantil a largo plazo y ha diseñado una guía europea de asesoramiento de riesgo (SCORE), avalada por administraciones sanitarias y sociedades científicas.

- Autor: Por JORDI MONTANER
- Fecha de publicación: 27 de enero de 2009

Usted habla de un cambio de estrategia. ¿No se trata siempre de evitar los episodios graves?

En las nuevas guías vamos más allá. Hasta hoy, los cardiólogos hemos estado vigilando aquellas constantes, aquellos marcadores que nos hablan de un proceso en plena evolución, o de una lesión ya instaurada cuyas consecuencias se tratan de evitar. A partir de ahora detectaremos perspectivas de riesgo antes de que la enfermedad debute, de forma que podremos intervenir antes, aun cuando la situación del paciente no revista peligro, y ahorrar complicaciones más que probables en el futuro. Más que en el tratamiento, nos centramos en la [prevención](#).

¿Cree que con iniciativas como el EUROASPIRE los pacientes percibirán un nuevo estilo en la atención a las enfermedades cardiovasculares?

La iniciativa se puso en marcha en el 2002 en ocho países europeos, estableciendo 24 centros de salud pilotos que atendieron a un total de 10.000 pacientes. En el 2003 se amplió a 12 hospitales, y en el 2004 a 12 centros de salud más. Los resultados se publicarán en una próxima edición de "The Lancet" y de "The European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation".

Como cardiólogo ubicado en el Reino Unido, ¿ha tenido oportunidad de plasmar los resultados de dicha iniciativa en la práctica clínica?

En los hospitales del Reino Unido se percibe perfectamente ese nuevo estilo. Las enfermeras están autorizadas a prescribir determinados tratamientos, los equipos son hoy multidisciplinarios (incluyen dietistas, fisioterapeutas y entrenadores físicos, entre otros), los planes de tratamiento se llevan a cabo sobre una base familiar (implicando a todos los miembros de una misma familia en la prevención de la enfermedad cardiovascular) y el paciente recibe una instrucción puntual y eficaz sobre lo que debe

hacerse ante la sospecha de un episodio coronario agudo u otras complicaciones, así como sobre el centro más cercano al que debe acudir.

¿Se trata de modernizar y democratizar la atención cardiológica, o hay algo más?

"La arteriopatía coronaria, el ictus y la diabetes mellitus son, en muchos casos, enfermedades prevenibles"

Se trata de una acción muy meditada. Nos hallamos ante una agrupación de enfermedades con proporciones pandémicas: la arteriopatía coronaria, el [ictus](#) y la diabetes mellitus. Lo desconcertante es que se trata en casi todos los casos de enfermedades prevenibles, que no tienen por qué ocurrir y que, si lo hacen, es porque cardiólogos, sistemas sanitarios, políticos y ciudadanos no hacemos lo adecuado para prevenirlas.

¿Hay voluntad política para evitar infartos?

Desde la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) hemos aportado evidencia epidemiológica a los parlamentarios europeos para que sepan lo que ocurre y por qué ocurre. Se han puesto en marcha ya medidas como prohibir fumar en lugares públicos, generalizar la ubicuidad de desfibriladores en sitios con gran aglomeración de gente, promover hábitos de ejercicio físico y moderación dietética en las escuelas... Pero hay que ir aún más allá.

¿Dónde?

Los cardiólogos estamos por fin en condiciones de predecir con enorme fiabilidad qué individuos van a desarrollar un episodio cardiovascular grave en un determinado momento de sus vidas. Sabemos, en consecuencia, qué va a ocurrir, a quién y cuándo. Evitar que suceda comporta replantear la atención actual, que es una responsabilidad principalmente política. En la actualidad, el paradigma de una buena atención cardiovascular es político.

Pongamos que soy un político. Convéncame de que debo actuar de inmediato.

La [enfermedad cardiovascular](#) es responsable de un 50% de las defunciones que ocurren cada año en Europa; algo más grave aún, acapara el 30% de las muertes prematuras (en individuos en edad laboral, población activa, supuestamente en la cresta de sus vidas). En Europa, uno de cada ocho hombres de menos de 65 años muere cada año por un trastorno de naturaleza cardiovascular; también una de cada 17 mujeres. La situación es algo menos grave en la Europa del norte y del sur, y más preocupante en la Europa central y oriental.

¿Y la paradoja?

Conforme las administraciones aprueban tratamientos más sofisticados y también más caros para hacer frente a esas enfermedades en su fase más terminal, también son cada vez más los individuos que desafían la salud cardiovascular con estilos de vida nada adecuados a un régimen preventivo. Sabemos que todos los factores de riesgo evitables

(obesidad, diabetes mellitus tipo 2, hiperlipemia, hipertensión arterial) actúan de forma sinérgica a modo de complot para lesionar los vasos y dañar al corazón.

¿Y la evidencia?

Atengámonos al estudio INTERHEART, que evaluó el riesgo de muerte cardiovascular potencialmente modificable en 52 países que abarcaban todo el planeta. Este estudio se llevó a cabo en un total de 262 hospitales y reclutó a 15.000 pacientes con infarto de miocardio, junto a una cifra similar de pacientes no enfermos (control). El INTERHEART identificó, en consecuencia, los principales factores de riesgo modificables para prevenir un infarto: [dislipemia](#), tabaquismo, diabetes, hipertensión, [obesidad abdominal](#), estrés psicosocial, consumo escaso de frutas y vegetales, abuso de alcohol y falta de ejercicio físico desempeñado con regularidad.

NO BASTA CON DEJAR EL TABACO

La nueva política cardiológica a la que se refiere el profesor Wood no se circunscribe sólo al cambio de hábitos necesario, aunque no suficiente. Empezar a comer bien y a ejercitarse con regularidad y abandonar el hábito tabáquico es una acción ejemplar, pero estudios recientes abogan por someterse, además, a un control médico permanente. Jan Heeringa, del Centro Médico "Erasmus" de Rotterdam (Holanda), ha dado a conocer un estudio en el que demuestra que abandonar los cigarrillos no disminuye el riesgo de fibrilación auricular ([arritmia](#)) adquirido como consecuencia de fumar.

Heeringa, que ha publicado un artículo a este respecto en la última edición del 2008 del "American Heart Journal", estudió la evolución de la salud cardiovascular en 5.000 holandeses que habían dejado el tabaco y verificó que así como las arterias y el músculo cardíaco en su conjunto se beneficiaban de semejante cambio de hábitos, el riesgo de [fibrilación auricular](#) no variaba en quienes habían consumido cigarrillos durante mucho tiempo, mientras que sí lo hacía en fumadores de pipa o de puros habanos.

http://www.consumer.es/web/es/salud/atencion_sanitaria/2009/01/27/182960.php