



DAVID JAR



7. ¿Cuál sería el abordaje?

El primer paso es que cada persona conozca sus niveles de colesterol, su presión arterial y sus factores de riesgo. A partir de ahí, proponemos identificar a quienes tienen mayor probabilidad de presentar aterosclerosis silente y hacerles una prueba de imagen para buscar placas de aterosclerosis en las arterias carótidas y femorales. «React» permitirá desarrollar una calculadora de riesgo para decidir quién debería hacerse ese cribado. La idea es actuar muy pronto, cuando las placas son pequeñas y potencialmente reversibles, décadas antes de que causen un infarto o un ictus.

8. ¿Niños y adolescentes tienen cada vez antes placa de aterosclerosis? ¿A qué se debe?

Estamos viendo una aparición más temprana de factores que favorecen la aterosclerosis. La causa principal es el cambio de hábitos: más sedentarismo, menos ejercicio, peor alimentación y alejamiento de la dieta mediterránea. A esto se suma un problema creciente de alteraciones del sueño, en parte relacionado con el uso inadecuado de pantallas y dispositivos.

9. Coordina el proyecto europeo «Resilience» cuyo fin es proteger el corazón de pacientes oncológicos y reducir el riesgo de insuficiencia cardíaca asociado a ciertos tratamientos oncológicos. ¿De cuántos pacientes podríamos estar hablando?

Lo primero es subrayar que los tratamientos oncológicos son extremadamente eficaces y salvan vidas. Pero algunos, especialmente las antraciclinas, que se utilizan con mucha frecuencia, pueden producir toxicidad cardiovascular. Aproximadamente una de cada tres personas tratadas con antraciclinas puede desarrollar algún grado de toxicidad cardiovascular, y hasta un 6% puede desarrollar un problema cardíaco crónico que derive en insuficiencia cardíaca. Con más supervivientes de cáncer cada año, prevenir esta toxicidad será cada vez más importante.

10. ¿En qué porcentaje se podría evitar?

En «Resilience» estamos evaluando el condicionamiento isquémico remoto. Creemos que podría reducir de forma muy importante la incidencia de toxicidad cardíaca irreversible asociada a antraciclinas. Es difícil dar un porcentaje exacto antes de tener los resultados definitivos, pero nuestras estimaciones apuntan a que podría reducir más de la mitad de los casos de insuficiencia cardíaca secundaria a estos tratamientos.

En 10 preguntas

Dr. Borja Ibáñez Cardiólogo intervencionista del Hospital Universitario de la Fundación Jiménez Díaz y director científico del Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares

«El betabloqueante es innecesario solo por haber tenido un infarto»

Belén Tobalina. MADRID

1. Acaba de recibir el premio Jaime I de Investigación Clínica y Salud Pública, ¿ehorabuena! De toda su trayectoria, ¿de qué logro está más satisfecho?

Es un reconocimiento enorme, no solo para mí, sino para todo el equipo y para todas las personas e instituciones que han trabajado conmigo. Si tuviera que destacar un logro, sería saber que parte de la investigación que hemos desarrollado ya está ayudando a millones de personas en todo el mundo.

2. Ha liderado el ensayo «Reboot», promovido por el CNIC. ¿Ya se puede afirmar que los betabloqueantes no aportan ningún beneficio tras un infarto?

«Reboot» ha dejado claro algo que no se sabía hasta ahora: en pacientes que han tenido un infarto y conservan una función cardíaca normal, los betabloqueantes no aportan beneficio clínico simplemente por el hecho de haber sufrido

do un infarto. Esto no significa que no tengan indicación en otros contextos. En pacientes con función cardíaca reducida, incluso ligeramente reducida, los betabloqueantes siguen siendo beneficiosos. El cambio es muy relevante porque hoy más del 70% de los pacientes sobreviven al infarto con función cardíaca normal.

3. ¿Cuántos candidatos a quitarlos hay en España?

En España hay entre 1 y 1,5 millones de pacientes que están tomando betabloqueantes con la única indicación de haber sufrido un infarto de miocardio y que tienen una función cardíaca normal. En todos estos pacientes, los betabloqueantes pueden retirarse, y en muchos casos esto puede traducirse en una mejora de la calidad de vida. Además, a partir de ahora los que sufran un infarto y mantengan una función cardíaca normal no deberían recibir betabloqueantes solo por haber tenido un infarto.

4. ¿Qué fármaco se les daría?

Si el betabloqueante se administraba únicamente por el antecedente de infarto y el paciente tiene función cardíaca normal, no hay que sustituirlo por otro fármaco. Simplemente no es necesario. Otra cosa es que el paciente lo estuviera tomando también por hipertensión, arritmias u otra indicación; en ese caso se valoraría el tratamiento más adecuado. Pero por el infarto en sí, en estos pacientes no hace falta reemplazarlo.

5. Acaba de recibir también el premio Quirónsalud en categoría senior por esta investigación.



A los 18 o 20 años algunas personas empiezan a desarrollar aterosclerosis»

Le veo poniendo una estantería para albergar tanto galardón...

Ojalá lleguen muchos más, eso significa que el trabajo en el CNIC, la Fundación Jiménez Díaz, el CiberCV y muchos hospitales y centros está teniendo impacto.

6. Lidera «React», un estudio que pretende modificar la prevención cardiovascular basado en la detección precoz de la aterosclerosis. ¿A qué edad hay que vigilar la salud cardiovascular?

Desde el inicio de la vida adulta. En «React» empezamos a estudiar a personas desde los 18 años porque ya tenemos datos que sugieren que, a edades tan tempranas como los 18 o 20 años, algunas personas empiezan a desarrollar aterosclerosis silente. Además, la exposición a factores de riesgo como colesterol elevado, hipertensión, tabaco o mala alimentación es especialmente dañina cuando ocurre en edades jóvenes. En niños y adolescentes, lo esencial es instaurar hábitos saludables antes de que aparezcan esos factores de riesgo.