

Àngel Cequier,

Responsable del grup i Director
Clínic de l'Àrea Malalties del Cor de
l'Hospital Universitari de Bellvitge, i
coordinador del grup de malalties
cardiovasculares de l'IDIBELL



ÀNGEL CEQUIER

- Llicenciat en Medicina i Cirurgia per la Universitat de Barcelona l'any 1979
- Especialitat de Cardiologia el 1986
- Doctor en Medicina i Cirurgia el 1994 per la Universitat de Barcelona
- Dos anys i mig d'estada a l'estranger: Montreal Heart Institute (Montreal, Canada) 1986-1988.
- Facultatiu Especialista en Cardiologia. Hospital de Bellvitge(1988-1999)
- Fellow de la Societat Europea de Cardiologia
- Cap clínic Unitat Cardiologia Intervencionista. Servei de Cardiologia. Hospital de Bellvitge, 1999-2010 (Unitat de Cardiologia Intervencionista)
- Vicepresident de la Societat Espanyola de Cardiologia (SEC)
- Més de 150 articles publicats en revistes indexades
- 19 publicacions a llibres o capítols de llibres



UNITAT DE CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA

A la Unitat de Cardiologia Intervencionista s'incideix en dos punts de vista: el diagnòstic i la terapèutica. La malaltia cardiològica –majoritàriament la coronària– té una prevalença molt important al nostre medi. Dins d'aquesta unitat són atesos cada any entre 4.000 i 4.500 malalts. Es fan noves tècniques de tractament de malaltia coronària de manera invasiva, però poc cruenta. S'aplica l'angioplàstia i la implantació de *stents* de manera percutània amb catèters per a tractar la patologia coronària o cardiològica molt greu. Des del punt de vista de l'agressió envers el malalt, és mínima en comparació amb altres formes de tractament que tenen una complexitat més gran.

També s'hi realitza l'actuació en l'infart agut de miocardi, i el tractament en la fase més aguda d'aquest, obrint l'artèria causant. En un infart es produeix una oclusió d'una artèria coronària i en una part del cor es va fent una ferida. El malalt és traslladat ràpidament a la nostra Unitat on es desobstrueix aquest bloqueig permetent que torni a passar la sang, i la ferida es redueix considerablement. Globalment, el Servei de Cardiologia és un dels primers Serveis de l'estat espanyol en nombre de malalts d'infart agut de miocardi tractats d'aquesta manera.

En quin punt es troba actualment la seva recerca?

Estem en un punt molt apassionant i crític. Tradicionalment hem fet una recerca assistencial extensa, majoritàriament en malalts amb transplantament cardíac o malaltia coronària aguda. Actualment, estem desenvolupant una recerca més traslacional dirigida a aspectes més bàsics o funcionals de la investigació.

Aquest pas cap a la investigació traslacional es farà principalment amb la posada en marxa del Laboratori d'Investigació Cardiovascular, que s'ubicarà a l'Hospital Duran i Reynals. En aquest laboratori -que majoritàriament estarà destinat a la recerca en trombosis, funcionalisme plaquetari i anticoagulació- intentarem respondre a molts dubtes que tenim en aquest moment des del punt de vista clínic. És un projecte en el qual participa l'IDIBELL i l'Hospital de Bellvitge. Intentarem crear l'aspecte traslacional de la investigació cardiovascular; és un projecte que ens fa molta il·lusió.

Respecte al tractament de la malaltia cardiovascular, les noves tècniques de cardiologia intervencionista deixen endarrere la cirurgia?

No. Les noves tècniques busquen aportar un benefici assistencial i clínic que sigui menys costós des de la perspectiva del risc o de la complexitat. No vol dir que deixem enrere la cirurgia, sinó que aquesta s'ha de polaritzar en diferents subgrups de malalts en els que aquestes noves tècniques no són eficaces, o són excessivament costoses. En pacients amb malaltia coronària molt extensa o en diabètics amb afectació de múltiples vasos, el benefici de la cirurgia com a forma de revascularització sembla superior al de la revascularització percutània. La implantació de vàlvules aòrtiques artificials de manera percutània sense obrir el cor és una tècnica que té un cost econòmic molt elevat i únicament es pot aplicar a un nombre limitat de malalts.

La cirurgia també s'està dirigint cap a l'assistència ventricular, el transplantament cardíac o les tècniques més específiques de reparació valvular o de tractament de l'aorta.

En definitiva, l'escenari està canviant una mica. Sí que la cardiologia intervencionista, que és menys agressiva, agafa camps de la cirurgia que abans eren exclusivament quirúrgics, però la cirurgia també s'està movent envers altres escenaris que abans ni es plantejava tractar.

Quin és el perfil del pacient amb problemes cardíacs?

El perfil ha canviat radicalment en els últims 15-20 anys. Abans el malalt cardíac era home, d'entre 65 i 75 anys, que requeria una assistència complexa perquè tecnològicament estàvem molt limitats. Quan vaig començar, fa vint anys, era infreqüent tractar homes

« La cardiologia intervencionista, menys agressiva, agafa camps de la cirurgia que abans eren exclusivament quirúrgics, però la cirurgia també s'està movent envers altres escenaris que abans ni es plantejava tractar. »

de 40-50 anys, o dones de menys de 50-55 anys amb malaltia coronària. Ara és freqüent. Possiblement per diferents raons: pels canvis en la dieta, en els hàbits,... s'han abandonat una sèrie de costums que, des del punt de vista de la protecció i prevenció cardiològica, abans existien.

Actualment, veiem una patologia cardiològica -sobretot coronària- en un malalt molt més jove. Un exemple molt clar: existeix obesitat infantil, el percentatge de nens que tenen nivells de colesterol alts és molt important. Així, veiem que aquestes modificacions en els hàbits han tingut un impacte; i les malalties coronàries han augmentat de manera considerable. Actualment podem establir un perfil de malalt cardiològic que té entre 45 i 65 anys i amb malaltia coronària ateroscleròtica.

Se segueix el mateix tractament en pacients joves que en gent gran?

Aquest és un problema cardiològic assistencial que ens trobem quasi a diari. El malalt de més alt risc és el malalt més gran. Per posar un exemple, la mortalitat per infart agut de miocardi en el malalt que té més de 70-75 anys és d'un 20-25% -és a dir, quasi un de cada quatre o cinc malalts mor-; la mortalitat en malalts de menys de 70 anys és únicament d'un 6-7%. D'altra banda, s'utilitzen tècniques més sofisticades en la gent jove.

ÀNGEL CEQUIER

Probablement té a veure amb l'especial preocupació que tenim els metges envers el malalt que té 45-50 anys, en detriment del malalt que té més de 70. Per contra, aquest últim té un risc 5 vegades superior de morir que el malalt més jove. Aquest fet ens hauria d'obligar a ser més conscients del risc, tenint en compte l'envelliment de la població que augmentarà la freqüència de la malaltia cardiovascular en gent gran en els propers anys.

Ha pensat en una aplicació comercial d'alguna de les seves línies d'investigació?

És difícil en el nostre cas. En investigació clínica o traslacional no podem aspirar a introduir productes nous, ja que desafortunadament, la investigació en cardiologia és extremadament cara perquè tingui un impacte clínic o assistencial important e immediat. Grups aïllats d'investigadors difícilment poden desenvolupar patents que tinguin implicació clínica. El que sí que podem fer és, en productes que ja estan introduïts, establir nous escenaris amb noves indicacions. Però crear patents en investigació cardiològica –que és investigació clínica o traslacional– és difícil.

Les farmacèutiques inverteixen en investigació cardiològica?

Sí, indubtablement. L'explicació és molt senzilla: tant des de la perspectiva tecnològica com en el tractament farmacològic el ventall de malalts potencials que es poden beneficiar d'aquestes tècniques és enorme. No és una malaltia estranya, la malaltia cardiovascular és la primera causa de mortalitat en homes i la segona en dones. El nombre de malalts que es poden beneficiar des del punt de vista investigacional és gegant. Les empreses farmacèutiques són una font molt important del finançament i dels recursos del nou Laboratori d' Investigació Cardiovascular.

Com descriuria el panorama dels científics a Espanya? I a Catalunya?

Em centraré en la que conec millor, que és la investigació clínica. La debilitat de la recerca clínica a Espanya no és que no hi hagi bons investigadors, ni objectius correctes. El problema és que el sistema no ha donat els recursos suficients perquè clínics o assistencials s'hi puguin dedicar, i aquesta és una limitació important. La investigació clínica a Espanya ha estat penalitzada perquè a molts centres o estructures no se'ls hi ha donat la rellevància i consideració que haurien de tenir. L'aspecte assistencial en molts centres ha primat en detriment de la recerca clínica. Hi ha una carència objectivable si la compares amb la investigació clínica a França o Itàlia, ja no amb Alemanya o Anglaterra.

L'ENTREVISTA

Com entén l'espai Biopol'H?

L'espai Biopol'H és un focus d'atracció de companyies i de projectes, on nosaltres podríem oferir una infraestructura assistencial i traslacional molt interessant. Ja estem en contacte amb algunes companyies que veuen Biopol'H com una àrea on obtenir respostes a les seves preguntes. De manera que si se sap gestionar adequadament, és una oportunitat extremadament atractiva.

Des del punt de vista de la investigació clínica, no hi ha àrees de població tan ben acotades des de la perspectiva de l'oferta assistencial terciària com la que tenim aquí; i hauriem de transmetre-ho a les diferents empreses: tenim un hospital terciari d'alt nivell, on empreses i investigadors podem obtenir un aprofitament recíproc.



Com i quan neix el seu interès per la ciència?

Vaig estudiar medicina i en cursar l'assignatura de fisiologia cardiovascular, que em va agradar molt, vaig decidir dedicar-me a la ciència.

Lloc: Pirineu francès

Hobby: Esquiar, *footing* i llegir

Llibre: *Los pilares de la tierra*, de Kent Follett

Pel·lícula: *El Señor de los anillos*, de Peter Jackson