

INNOVAR ES...

Hablando de enfermedades cardiovasculares, la innovación pasa por la prevención



Entrevista con **VIVIAM UBIARCO**, Therapeutic Area Head de la franquicia Cardio Renal Metabólica de Novartis México.

Si bien desde las primeras décadas del siglo XX se han hecho grandes avances en su diagnóstico y tratamiento, las enfermedades cardiovasculares –un grupo de padecimientos que afectan el corazón y el sistema circulatorio– se colocan como la principal causa de muerte en México y en el mundo. Son, así, un reto para la innovación biofarmacéutica, que la prevención sigue siendo clave para enfrentar.

¿Cuáles es el panorama de las enfermedades cardiovasculares (ECV) en México?

Las enfermedades cardiovasculares siguen siendo la principal causa de muerte, discapacidad y gasto sanitario en México y en todo el mundo, por encima de cualquier otro padecimiento, inclusive enfermedades crónicas degenerativas como el cáncer. En el mundo causan más o menos 18 millones de muertes anuales.

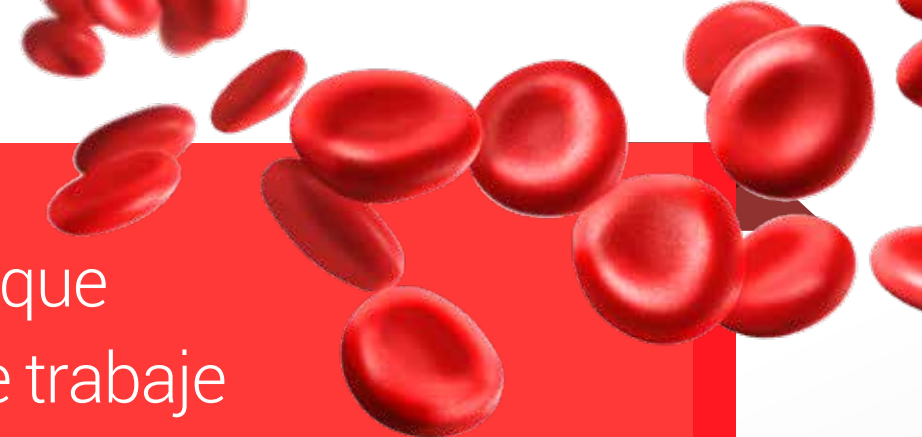
La enfermedad cardiovascular arterioesclerótica es la principal causa de enfermedad en este país. La miocardiopatía isquémica es la segunda causa de pérdida de salud, contribuye al 6.5% de menos años de vida saludable, y para el país esto representa una alta discapacidad y carga económica. El infarto agudo al miocardio es la primera causa de muerte en el país –representa hasta un 14.5% del total de muertes– y la primera causa de pérdida por muerte prematura, con un total de aproximadamente 9.7% para el país completo.

Las ECV no solo afectan el corazón, sino también el sistema circulatorio. Una de las más comunes es la hipertensión, una enfermedad crónica que es silenciosa, asintomática, por lo que el paciente suele tardar en acudir al médico o no recibe tratamientos adecuados. Como consecuencia, el corazón pierde la capacidad de bombear sangre suficiente, y esto lleva a insuficiencia cardíaca o a eventos cardiovasculares agudos, como infartos y accidentes cerebrovasculares. En México, una de cada cuatro personas tiene hipertensión.

Por último, está la hipercolesterolemia, el exceso de colesterol LDL (el “colesterol malo”), que provoca la formación de placas de ateroma que obstruyen las diferentes arterias y pueden ocasionar infartos. Casi el 20% de la población en México tiene colesterol alto.

¿De qué manera afectan las ECV la calidad de vida de una persona?

Implican un alto costo para los ciudadanos y una pérdida de productividad. Una persona que tiene una de estas enfermedades pierde la capacidad de trabajo, de llevar una vida normal, de hacer cosas cotidianas como salir a caminar. Algunas ECV llegan a generar dolor crónico, falta de aire, dificultad para respirar, tos crónica, fatiga. Afectan todos los aspectos: el económico, el productivo y la calidad de vida personal e interpersonal.



El reto de cualquier persona que trabaje con innovación y que trabaje con pacientes es llevar el mensaje de prevención y la importancia del diagnóstico oportuno, porque cambia y salva vidas.

¿Por qué es relevante la Enfermedad de Chagas en el panorama de las ECV?

La Enfermedad de Chagas, endémica en Latinoamérica y que en México tienen más de 1 millón de personas, es uno de los principales padecimientos en la población que tiene ECV. Esta enfermedad se propaga a través de los insectos llamados triatominos, que en México se conocen como chinches besuconas. Al picar a una persona, depositan el parásito *Trypanosoma cruzi*, que causa la enfermedad. La enfermedad pasa por una primera fase sintomática, que genera inflamación, malestar y fiebre. Si se diagnostica en esta fase, se puede tratar con un antiparasitario de fácil acceso, pero muchas veces no se diagnostica. Después de dos semanas, la enfermedad pasa a una fase crónica, asintomática, que puede durar hasta 30 años. En ese lapso, el paciente desarrolla una cardiomiopatía chagásica, es decir, una dilatación importante en el corazón que

puede causar insuficiencia cardíaca o arritmia. En México, más de 100,000 personas están en esta situación, y hasta 5.1% llegan a fallecer por consecuencia de una Enfermedad de Chagas no diagnosticada a tiempo. Hoy estamos buscando tratamientos que cubran a estos pacientes específicamente.

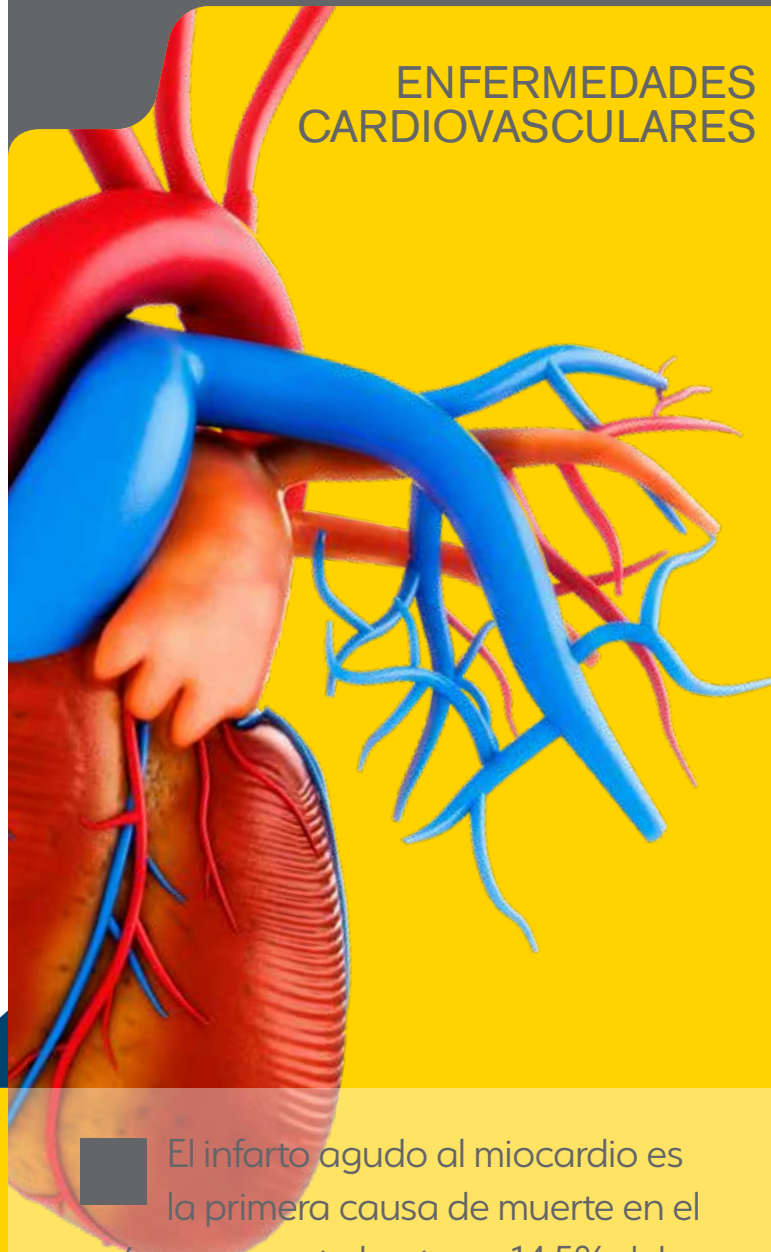
¿De qué manera ha ayudado la innovación biofarmacéutica a ofrecer alternativas terapéuticas modernas para las ECV?

Desde mediados del siglo XX ha habido diferentes tipos de avances en tratamientos farmacológicos, dispositivos médicos y procedimientos quirúrgicos. Todos tienen el fin de disminuir la mortalidad y evitar el deterioro de la calidad de vida del paciente.

Se han formulado diferentes tratamientos y se extendieron campañas de concientización sobre asuntos como la muerte súbita cardiovascular y la importancia de tener intervenciones

EN SÍNTESIS

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES



■ El infarto agudo al miocardio es la primera causa de muerte en el país –representa hasta un 14.5% del total de muertes– y la primera causa de pérdida por muerte prematura, con un total de aproximadamente 9.7% para el país completo.

■ En México, más de 100,000 personas tienen cardiomiopatía chagásica.

■ Si no actuamos hoy para prevenir enfermedades cardiovasculares, para 2030 habrá en el mundo 24 millones de muertes por su causa, sobre todo relacionadas con infartos al corazón o accidentes cerebrovasculares.

quirúrgicas durante, por ejemplo, un infarto agudo al miocardio. Se pusieron en marcha programas de atención específicos para enfermedades del corazón y accidentes cerebrovasculares. Buena parte de los tratamientos se enfocan en controlar hipertensión e hipercolesterolemia, porque ambos factores de riesgo llevan a eventos agudos.

Ha habido avances como los anticoagulantes, que evitan infartos, y los betabloqueadores, que hacen que el corazón lata más despacio, evitando la remodelación, que es un proceso en el cual el corazón, cuando ha recibido un daño agudo y crónico, sufre cambios de tamaño y de forma que afectan su funcionamiento. Además, tenemos medicamentos que se han enfocado en la prevención, al permitir el control de factores de riesgo como la hipercolesterolemia.

En los últimos 20 años, ha habido un desarrollo importante en el tratamiento de la insuficiencia cardiaca. Anteriormente, lo que se hacía con un paciente con insuficiencia cardiaca era solamente controlar los síntomas. Evitábamos que tuviera dificultad respiratoria, hinchazón en los pies, pero sabíamos que el paciente tenía una alta probabilidad de muerte y de hospitalización. El riesgo de muerte a cinco años de una persona con este diagnóstico era de 50%, superior a enfermedades como el cáncer, la diabetes y otras. El paciente con este

diagnóstico tenía un 10% de posibilidad de volver a ser hospitalizado en los 30 días posteriores a un ingreso hospitalario.

Gracias a la incursión de tratamientos como el inhibidor del receptor de la angiotensina e inhibidor de la neprilisina (ARNI), hemos logrado no solo que el paciente no tenga síntomas, porque se reducen de forma rápida, sino además evitar que el corazón se remodele de forma inadecuada, con lo cual se impide el reingreso hospitalario en los siguientes 30 días y la mortalidad pronosticada del 50% a cinco años. Esto cambió el paradigma de cómo tratar la insuficiencia cardiaca.

¿Hay terapias génicas en desarrollo o en uso para el tratamiento de ECV?

Sí, hay medicamentos en investigación y otros que ya están aprobados por la FDA en Estados Unidos y la EMA en la Unión Europea. Entre ellos, hay inhibidores pequeños de la síntesis de ARN y oligonucleótidos antisentido, que de distintas maneras evitan que se generen ciertas enzimas. Uno de los grandes hitos han sido los inhibidores de la PCSK9, una enzima que reduce el número de los receptores encargados de eliminar el colesterol LDL. Al inhibirla, se facilita la eliminación de estos lípidos.

¿Cuáles son los desafíos que tenemos por delante respecto a estas enfermedades?

Dentro de los próximos cinco o seis años, el foco va a seguir siendo

evitar infartos agudos al miocardio y accidentes cerebrovasculares. No digo tratar, porque tratamientos existen, sino evitar, porque realmente merman la salud del paciente y generan altos costos al sistema de salud.

Si hoy no hiciéramos nada, si siguiéramos tratando a los pacientes como hoy, para el año 2030 tendríamos 24 millones de muertes anuales en el mundo, principalmente por infartos al corazón o accidentes cerebrovasculares.

México ha tenido mucha atención en temas de ECV desde 2015, cuando la OCDE determinó que el país tenía que hacer intervenciones específicas para disminuir la muerte por estas enfermedades. A partir de entonces se intensificaron programas como Código Infarto –una red que permite que el paciente sea atendido en menos de 90 minutos, como lo establece cualquier guía internacional– o Asiste tu Infarto, donde se intenta que el paciente esté atendido durante un evento cardiovascular agudo, en unidades coronarias en todo el país.

El reto de cualquier persona que trabaje con innovación y que trabaje con pacientes es llevar el mensaje de prevención y la importancia del diagnóstico oportuno, porque cambia y salva vidas. Por eso, en los siguientes diez años es ahí donde tenemos que enfocar el trabajo. Hemos hecho campañas para crear conciencia entre los pacientes, entre los médicos de primer contacto, entre los especialistas, para que sepan identificar la

enfermedad y su grado de avance. A veces todavía nos falta reforzar la importancia de pensar más allá de las enfermedades más frecuentes, como la hipertensión. O de pensar en el tratamiento, porque en ocasiones el diagnóstico es correcto, pero al permitir que el paciente no modifique estilos de vida, y al no dar un tratamiento intensivo, sigue en riesgo de tener eventos cardiovasculares agudos.

En febrero de 2004, la American Heart Association (AHA) publicó las primeras pautas para la prevención de las ECV en mujeres. ¿Es pertinente o no tener guías de atención para ECV diferenciadas por género?

Hace 50 años o 60 años se creía que la mortalidad era mayor en los hombres que en las mujeres. Hoy sabemos que eso no es cierto, y que las ECV son la principal causa de muerte tanto en hombres como en mujeres, por lo que las guías de práctica clínica y los tratamientos deben ser iguales.

Más bien lo que se intenta hacer a través de campañas como Go Red For

Women de la AHA es reforzar la noción de que las mujeres también tienen que ser tratadas por ECV. La Sociedad Mexicana de Cardiología está iniciando el primer registro de estas enfermedades en mujeres.

Lo que buscamos es concientizar a las mujeres en cuanto a que la obesidad abdominal, la hipercolesterolemia, la hipertensión arterial o la diabetes son factores prevalentes en ellas.

¿Cuál es el escenario que queremos alcanzar en el terreno de las ECV?

Deberíamos llegar a evitar eventos cardiovasculares agudos, porque son prevenibles. Cada infarto, cada evento cerebrovascular, significa que no prevenimos a tiempo, no tratamos a tiempo y no tuvimos un diagnóstico adecuado. Si prevenimos y damos tratamiento intensificados, estos eventos no existirían ni habría comorbilidades como la insuficiencia cardíaca. En 10 años, las enfermedades cardiovasculares prevenibles no deben ser la principal causa de muerte.