

Entrevista al Dr. José Azpitarte Almagro

Nacido en Granada en 1944, cursó sus estudios en la Facultad de Medicina de Granada (1961-67), especializándose en Cardiología en la Clínica de la Concepción de Madrid (1968-1971) y en el Hospital Cardiovascular y Neumológico de Lyon (1972).

A su vuelta de Francia se incorporó como Médico Adjunto al Servicio de Cardiología de la Clínica de la Concepción (Fundación Jiménez Díaz) de Madrid, hasta que en 1978 ganó por concurso-oposición nacional la plaza de Jefe de Servicio del Hospital Virgen de las Nieves de Granada.

El Dr. José Azpitarte Almagro ha sido nombrado recientemente Personal Emérito del SAS, como reconocimiento a su trayectoria profesional, por su generosa labor docente y por su contribución en la mejora de los servicios sanitarios del SAS. Además de autor de numerosos trabajos de investigación, es miembro de importantes Sociedades de Cardiología de ámbito internacional, nacional y regional.

Su padre, el Dr. Antonio Azpitarte Rubio, fue uno de los fundadores y Presidente de honor de la Sociedad Española de Cardiología, una de las Sociedades profesionales de más peso en España, siendo recordado de forma especial en Granada por el gran número de pacientes que tuvieron la suerte de su atención además de por sus notables colaboradores que han sabido heredar y transmitir sus conocimientos.

También se puede decir lo mismo del Dr. José Azpitarte Almagro, que ha sabido mantener en la memoria de los granadinos el recuerdo de su padre, continuando su excelente labor asistencial, docente e investigadora, a nivel local, nacional e internacional.

Queremos entrevistar al Dr. Azpitarte, no sin antes felicitarlo por su nombramiento, que no es más que el obligado y simbólico pago por toda una vida entregada a la Cardiología, de la que se han beneficiado tantos enfermos y numerosos compañeros y amigos. Iniciamos la entrevista preguntando:

P.: ¿Qué le motivó a estudiar medicina y por qué eligió como especialidad la cardiología?

R.: La personalidad y el carisma de mi padre fueron determinantes en mi elección. Y no porque él me presionase, sino porque desde pequeño sentí fascinación por su figura. Recuerdo, como anécdota, que cuando me hacían la clásica pregunta infantil: *-¿y tú que vas a ser de mayor?-,* no respondía *-yo médico-,* sino *-yo cardiólogo.* Puedo decir que desde que tuve uso de razón mi porvenir profesional estuvo dictado por esta fijación. Mi padre murió relativamente joven (62 años), cuando yo comenzaba el último año de carrera. Falleció en shock cardiogénico, a las 72 horas de haber tenido un infarto de

miocardio inferior, seguramente con afectación del ventrículo derecho. Este tipo de infarto, como bien sabemos hoy día, tiene una fisiopatología peculiar que exige la administración de suero fisiológico en cantidad apreciable para mantener el gasto cardíaco y la presión arterial. Esto se desconocía entonces y su vida se fue extinguiendo, a pesar de los desvelos de sus discípulos, colaboradores y amigos.

Cuando terminé la licenciatura sentí la necesidad imperiosa de salir de Granada para realizar mi formación como cardiólogo. En la elección de la Clínica de la Concepción influyeron varias circunstancias. En primer lugar el prestigio que tenía la Fundación Jiménez Díaz en la formación de postgrado; luego, la ayuda inestimable que me prestó el Dr. Pedro Rábago, Jefe del Servicio de Cardiología de esta institución. La tercera...; bueno..., la tercera, pero no la última, fue que mi novia de entonces (con la que llevo casado felizmente 40 años) vivía a escasos metros de la Clínica. Me gustaría recordar también que el Dr. Francisco García Aguilera, discípulo de mi padre que tampoco está ya entre nosotros, me prestó un apoyo fundamental para que me fuese a Madrid.

P.: ¿Qué objetivos se han cumplido y cuales no a lo largo de su vida como cardiólogo?

R.: A estas alturas de mi vida me considero un privilegiado ya que he podido trabajar en lo que siempre soñé. Vuelvo la vista atrás y siento que gran parte de mis ilusiones juveniles se cumplieron con creces. Así, por ejemplo, la cardiología de Granada, particularmente la de mi hospital, se ha desarrollado enormemente desde aquel año lejano de 1978 en que comenzó el proyecto de crear una cardiología moderna en el Hospital Virgen de las Nieves. Sería prolijo enumerar todos los hechos claves que se sucedieron hasta conformar lo que hoy día es un potente servicio, conocido y valorado en toda España. Buena parte del desarrollo se debió a la inercia del progreso, pero sobre todo al trabajo de muchas personas que entendieron bien lo que era necesario hacer para entrar en la modernidad. Sería muy larga la lista de personas a las que agradecer el esfuerzo y, además, me dejaría muchas en el tintero. Por eso me gustaría simbolizar este recuerdo en una persona extraordinaria –Lidia Leivas- que con sus condiciones humanas y profesionales contribuyó siempre al equilibrio del servicio. Desgraciadamente, hace ya años que Lidia, en plena madurez, nos dejó para siempre. ¡Frustraciones!, ¿Quién no las tiene a lo largo de toda una vida profesional? Una, encontrar a veces personas con responsabilidades dirigentes, incapaces de entender planteamientos racionales. Otra es no haber logrado una mayor cohesión colectiva para emprender algunos proyectos. Finalmente, el no haber centrado mi interés en unas pocas áreas concretas de la cardiología. Mi curiosidad y deseos de aprender me llevaron también a una dispersión en los esfuerzos. Aquí se podría aplicar lo de “aprendiz de todo y maestro de nada”. De todas formas tampoco está mal porque me convertí en lo que podríamos llamar un cardiólogo generalista, figura que también es necesaria en el entorno superespecializado que nos rodea hoy día.

P.: ¿Qué cambios más importantes ha observado en la especialidad en la última década?

R.: Si me lo permites, José Miguel, me voy a remontar más y te voy a recitar por orden de importancia los 10 avances que más me han impactado desde que comencé a practicar este oficio. Para situarnos, te diré que a final de la década de los 60 del siglo

pasado, la mayoría de los enfermos cardíacos hospitalizados eran valvulares con secuelas de fiebre reumática. Yo pude ver muchos de estos pacientes durante mi época de formación porque la Clínica de la Concepción, a través del equipo de Cirugía Cardíaca que dirigía Gregorio de Rábago, era un lugar de atracción en toda la península ibérica. También venían para operarse niños con cardiopatías congénitas que habían sobrevivido la primera infancia; por ejemplo, portadores de tetralogía de Fallot. Era además un momento en que la cardiología pediátrica ejercía mucha atracción sobre los jóvenes, especialmente por la personalidad de Manuel Quero, un discípulo de Pedro Zarco que derivó hacia esta rama de la cardiología.

La cardiología hospitalaria de entonces era, pues, muy diferente a la de hoy. La mayoría de los pacientes eran jóvenes (congénitos y valvulares) y no existían más técnicas de exploración que la electrocardiografía (¡ah la brillante escuela mexicana!), la radiografía convencional de tórax (¡que grandes expertos eran nuestros mayores!), y la fonomecanocardiografía (de nuevo los mexicanos con Bernardo Fishleder a la cabeza), técnica esta última desaparecida, pero que tanto nos ayudó a perfeccionar nuestra formación semiológica, especialmente la auscultación. Entonces uno no podía considerarse un buen cardiólogo si no tenía un elevado nivel de auscultación. No quiero extenderme demasiado pero el panorama era radicalmente diferente al de hoy, en el que predominan los ancianos con insuficiencia cardíaca y los pacientes con síndrome coronario agudo.

Desde aquella fecha lejana de 1968, mi ranking de los 10 avances más importantes podría ser el siguiente: 1) La aparición de la ecocardiografía en sus diferentes versiones y, posteriormente, del Doppler. Los ultrasonidos revolucionaron el diagnóstico e hicieron que abandonásemos progresivamente el cateterismo tradicional de los enfermos congénitos y valvulares. 2) Las sucesivas entregas del estudio epidemiológico longitudinal de una cohorte de voluntarios de la ciudad de Framingham (*The Framingham Heart Study*). Este estudio, diseñado en 1947 para investigar la etiología de las enfermedades cardiovasculares ateroscleróticas, alumbró el concepto trascendente de los factores de riesgo cardiovascular. 3) La aparición del ensayo 4S que, por primera vez, demostraba de forma fehaciente que la simvastatina, al compás de la reducción del colesterol LDL, prevenía la muerte y el infarto de miocardio en pacientes con enfermedad coronaria conocida. 4) El desarrollo de la cirugía cardíaca correctora en neonatos y lactantes con cardiopatías congénitas graves. 5) El concepto de que la mayoría de las oclusiones agudas de las arterias coronarias y, en consecuencia el infarto de miocardio, estaban producidas por la rotura de una placa de ateroma y el subsiguiente desarrollo de trombosis. 6) La importancia de la recanalización de la arteria coronaria para disminuir el tamaño del infarto o, eventualmente, abortar su producción. 7) La aparición y desarrollo del intervencionismo coronario, especialmente tras la eclosión de los *stents*. 8) El desarrollo de la electrofisiología y de los procedimientos de ablación. 9) El descubrimiento de los inhibidores de la ECA para el tratamiento de la insuficiencia cardíaca y el asentamiento del trasplante cardíaco como terapia efectiva para el paciente con fallo cardíaco avanzado. 10) La aparición de la resonancia nuclear magnética aplicada al diagnóstico de las enfermedades cardíacas.

Han sido 40 años extraordinarios en lo que respecta al descubrimiento, perfeccionamiento y establecimiento de nuevos procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Desgraciadamente, otras cuestiones que atañen directamente a nuestra sensibilidad de médicos –hablo de la pobreza y el hambre en el mundo, las guerras, la preservación del medio ambiente- no han sufrido ni por asomo la misma evolución positiva.

En cuanto a los avances más importantes de los últimos 10 años, me atrevería a señalar tres: 1) El manejo integral y continuo del síndrome coronario agudo, especialmente del infarto de miocardio. Este concepto implica, y por eso hablamos de “continuo”, la prevención, el traslado inmediato al hospital desde el aviso del dolor torácico, la angioplastia primaria en un laboratorio experto, la estancia hospitalaria breve y la educación para la prevención secundaria. No vale la pena insistir en la importancia de este continuo, pero sí llamar la atención sobre las trabas existentes en nuestro entorno para implantar esta forma de actuación. 2) La estimulación tricameral en los pacientes con disfunción ventricular izquierda y bloqueo completo de rama izquierda. Esta técnica de estimulación fisiológica puede mejorar, a veces de forma espectacular, la insuficiencia cardíaca de un buen número de pacientes. 3) La implantación percutánea de prótesis biológicas en posición aórtica, un procedimiento que permite tratar a pacientes con estenosis valvular aórtica severa, que por diferentes circunstancias no pueden operarse.

P: La formación especializada está en la actualidad fuertemente dirigida por técnicas diagnósticas y terapéuticas cada día más complejas y sofisticadas. ¿Piensa que algo se ha perdido de la formación clásica del cardiólogo clínico?

R.: La devaluación de la formación clásica es un signo de los tiempos y poco cabe hacer frente a ello. Un ejemplo es el de la relación auscultación-ecocardiografía. Dudar del mayor potencial diagnóstico de los ultrasonidos sería negar el progreso. Sin embargo, eso no debería ser obstáculo para que la exploración física minuciosa conservase su valor. Sin ninguna duda, aquel que ausculta bien y ha comprendido los fenómenos fisiopatológicos que expresan los soplos y los ruidos anómalos, será mejor ecografista que el que renuncia a explorar con finura y se limita al rutinario “fonendazo”. Por otra parte, la auscultación –junto con la palpación del tórax- establece una fuerte corriente empática con el paciente, lo que facilita los ulteriores pasos del proceso asistencial. Además, un diagnóstico certero, alcanzado a través de una buena exploración, refuerza la autoestima y contribuye a mejorar la trayectoria de aprendizaje. Llevado de estas convicciones, siempre recomendé a los residentes –he de reconocer que con poco éxito- que explorasen al paciente antes de iniciar la exploración ecocardiográfica y que, a la manera de lo que hacíamos con el fonocardiograma, pero ahora con una herramienta infinitamente más poderosa, tratasen de realizar las oportunas correlaciones.

Entiendo que las prisas que impone el agobio asistencial dificultan el ejercicio de la exploración física; pero esto, a su vez, engendra tendencia a la pereza, lo que termina por atrofiar las habilidades tradicionales. Es posible que para algunos esto suene a rancio, pero he de confesar que para los que nos educamos sentimentalmente con el *Yesterday* de los Beatles, el *Celtiberia Show* de Carandel, *Conversación en la Catedral* de Mario Vargas Llosa y el *chasquido de apertura mitral* de Duroziez, resulta difícil, incluso doloroso, que desaparezca este mundo. En todo caso soy de los que creen firmemente que el progreso se asienta sobre lo mejor de nuestras tradiciones y que éstas, convenientemente reevaluadas, deberían conservarse.

De todas formas no quiero ser pesimista; prefiero pensar que las cosas irán bien, a condición de que se respeten algunas premisas básicas: 1) Que el interés del paciente (la solución más adecuada de su/s problemas) prevalezca sobre cualquier otro tipo de consideración. 2) Que se mantenga la relación médico-enfermo en un clima de cordialidad, afecto y respeto mutuos. 3) Que la práctica clínica sea compatible con la

sostenibilidad del sistema de salud, un bien común de cuya salvaguarda todos somos responsables.

P.: ¿Qué opina sobre la incorporación del Diplomado Técnico en algunas técnicas diagnósticas en cardiología, como la ecocardiografía?

Imprescindible. Todo aquello que signifique relevar al médico de tareas manuales para destinarlo a pensar en los problemas de los pacientes, a enseñar y a investigar, es positivo. No hay que olvidar que, en todo el mundo, un porcentaje muy elevado de exploraciones ecocardiográficas son normales o repetitivas, con poco valor añadido. En mi experiencia es muy difícil ordenar toda la marea de pacientes que se dirige al laboratorio de ecocordio, lo cual, ineludiblemente, genera largas listas de espera. De esta situación no se puede salir más que con fórmulas innovadoras, una de las cuales tiene que ser la del técnico formado en esta parcela diagnóstica. Huelga decir que la dirección, organización y supervisión del laboratorio tiene que recaer en uno o más cardiólogos conocedores de la materia. Una orientación similar sucederá en otros campos, aunque en el de la cirugía serán robots, en vez de personas, los que auxilien al cirujano que con su cerebro ejecuta la intervención.

P.: ¿Qué representa en la actualidad el estudio genético en las enfermedades del corazón?

R.: La genética cardiovascular, que entronca con otras disciplinas básicas como la cardiología molecular o la biología celular, tiene una gran importancia en la investigación. Ahora bien, su traslación a la práctica clínica, de momento, es otro cantar. Hace años pensábamos, de forma ingenua, que la causa de la mayoría de las enfermedades sería la mutación única en un solo gen. Esto solo sucede en las llamadas “enfermedades mendelianas”, que en la práctica son raras (<1%). En realidad, lo más frecuente en biología son los polimorfismos genéticos, es decir mutaciones múltiples en más de un gen. Estas mutaciones, a diferencia de lo que ocurre en las enfermedades mendelianas, tendrían efectos débiles; sin embargo, acumuladas, o en combinación con elementos ambientales, modularían el riesgo de padecer enfermedades comunes (por ejemplo la aterosclerosis). Este es un patrón que da lugar a las llamadas, desde el punto de vista genético, “enfermedades complejas”. Son denominadas así para señalar el hecho de que el patrón de agregación familiar difiere del de la herencia mendeliana y que el análisis de los cientos, tal vez miles, de mutaciones existentes en diferentes genes, requiere el examen de todo el genoma.

Es por esto que, en el momento actual, los análisis genéticos se limitan a las enfermedades con un patrón similar al mendeliano: algunas miocardiopatías, como la hipertrófica o las mitocondriales, las canalopatías, como el síndrome del QT largo congénito o el síndrome de Brugada, o la hipercolesterolemia familiar. Aún así, el problema sigue siendo complejo. Pensemos, por ejemplo, que en la miocardiopatía hipertrófica se han descrito más de 20 genes, cuyas mutaciones están relacionadas con trastornos en las proteínas contráctiles. Pero es que, además, la heterogeneidad mutante es tan considerable que se han descrito más de 400 variaciones diferentes. Relacionar cada una de estas mutaciones con distintos fenotipos clínicos o pronósticos es una tarea ardua y habrá de transcurrir un tiempo hasta que se identifiquen con precisión los pacientes (y familias) que se pueden beneficiar de un análisis genético. Ocasionalmente, el análisis genético puede ser importante para el diagnóstico; ello sucede especialmente en las miocardiopatías por depósito de colágeno (enfermedades de Fabry y Denon) que

producen una fenocopia ecocardiográfica de miocardiopatía hipertrófica pero que tienen una alteración genética ligada al cromosoma X.

Diré, para finalizar, que cuando me asomo a estos campos de la genética, la cardiología molecular o la biología celular, lo primero que me aflora es un sentimiento de desolación por la amplitud de mi desconocimiento. Sería necesaria otra vida para incorporar estas disciplinas a mi conocimiento cardiológico.

P.: ¿Qué se siente al haber creado una de las mejores escuelas de profesionales de la Cardiología en Granada?

Satisfacción por el deber cumplido y agradecimiento a todas las personas que me ayudaron en este propósito. Ha sido un privilegio enorme el haber enseñado y ayudado en sus primeros pasos a personas maravillosas que hoy son grandes profesionales.

La actual situación económica plantea una difícil gestión de los recursos, con decisiones no siempre compartidas por médicos y pacientes. Las Unidades de Gestión Clínica son actualmente el modelo elegido por el SAS para la optimización de los recursos de cara a obtener la eficiencia.

P.: ¿Comparte este particular modelo de gestión?

R.: No es fácil contestar en pocas palabras. La innovación, en principio, es saludable. Ahora bien, el modelo implantado, bajo mi punto de vista, presenta varios problemas. El primero es que su génesis tiene lugar en ámbitos poco relacionados con la práctica médica, olvidando que los profesionales practicantes son, al fin y al cabo, los artífices del sistema. Esto ha conllevado la hipertrofia de un modelo en el que conviven objetivos importantes con otros simplistas, cuando no artificiosos o de relleno. Además, hay otra cuestión que me parece esencial: la ausencia de un marco jurídico que regule esta nueva forma de ejercer la actividad profesional. Creo firmemente que es hora, con la experiencia adquirida, de revisar a fondo el modelo y dotarlo de las bases jurídicas que le den el soporte adecuado.

P.: Las Unidades Coronarias están mayoritariamente integradas en los Servicios de Cuidados Intensivos en vez de en los Servicios de Cardiología. ¿Qué opina de esa falta de homogeneidad en la atención de estos pacientes?

R.: Esta es una peculiaridad que existe solo en España. Resulta cuando menos llamativo que el paciente con infarto agudo de miocardio y otras urgencias cardiovasculares sea atendido fuera del ámbito de la Cardiología; es decir, fuera de donde se supone que radica la excelencia en el conocimiento cardiológico. Desgraciadamente, este es un despropósito que hunde sus raíces en la historia española contemporánea y que no tiene visos de arreglarse.

P.: La prevención y la rehabilitación son otros aspectos de no menor relevancia en los actuales servicios o unidades de Cardiología. ¿Cree que estas parcelas están suficientemente desarrolladas?

R.: La prevención debería comenzar en la familia y en la escuela, promoviendo unos hábitos de vida saludable. Mi impresión es que las generaciones que nos suceden tienen mejores hábitos que la nuestra. Desgraciadamente, siempre quedarán sectores de la población, menos educados a todos los niveles, que seguirán fumando, llevando una vida sedentaria, comiendo inadecuadamente, adquiriendo sobrepeso desde la infancia y, en definitiva, incubando diabetes tipo 2, dislipemia, hipertensión, etc. Todos los educadores debemos insistir hasta la saciedad que para vivir más y mejor es indispensable adquirir hábitos saludables. Con dos máximas muy sencillas se podría resumir el mensaje para la población general: 1- no fumar (ni por supuesto consumir otras drogas); 2- hacer efectivo el contenido de una sabia frase popular que asegura que el secreto de la longevidad consiste en “poco plato y mucha suela de zapato”; es decir, en eliminar calorías innecesarias y hacer ejercicio. La Fundación Española del Corazón, y sus respectivas asociadas autonómicas, desarrollan una encomiable labor que está calando en amplios estratos de la sociedad española. Lo más difícil, me parece, es llegar a esas capas de la población que no han alcanzado el nivel educacional mínimo que les permita integrarse de forma activa en la sociedad.

En cuanto a la prevención secundaria, me parece importante, además de combatir los factores de riesgo detectados en cada caso, alentar el uso de una serie de fármacos (aspirina, estatina, betabloqueante e inhibidor ECA) cuyo beneficio está fuera de toda duda. En cuanto a la rehabilitación cardíaca sería muy largo dar mi opinión pero déjame avanzar una idea: en vez de unidades hospitalarias, tal vez fuesen más operativas y funcionales una estructuras extra-hospitalarias más sencillas. Tal vez aquí, la Fundación Andaluza del Corazón podría tener un rol importante para definir, asesorar y promocionar este tipo de estructuras.

P.: En el momento actual se está procediendo a la creación de las Unidades de Gestión Intercentros. ¿Qué opina sobre este novedoso modelo?

R.: A mí me parece que servicios próximos deben mantener unas relaciones institucionalizadas, que vayan más allá de la simple relación entre colegas que cultivan la misma especialidad. Esto es bueno para discutir problemas conceptuales, sobre todo cuando ambas unidades se complementan en su cartera de servicios. Ahora bien, ir más allá y tratar de gestionar el día a día de dos o más servicios, que físicamente están separados y pertenecen a hospitales con historias y culturas diferentes, no creo que aporte demasiado. A mí me parece que en realidad esto trata de solucionar problemas derivados de una planificación deficiente –duplicación innecesaria de actividades costosas- que se pone más de relieve en esta época de grave crisis económica.

P.: ¿Qué ha significado para usted el nombramiento de Personal Emérito?

R.: Pues una satisfacción, ya que se trata del reconocimiento a mi trayectoria profesional por parte de un grupo de eminentes colegas, comisionados por el Servicio Andaluz de Salud para este tipo de nombramiento. Mi agradecimiento es grande para la Administración Sanitaria, el Tribunal que evaluó mi solicitud y los compañeros que me han acogido a mi vuelta al Hospital Virgen de Las nieves.

P.: ¿Como desarrolla su actividad como Personal Emérito?

R.: La convocatoria especifica que el nombramiento es para desempeñar las actividades de consultoría, informe y docencia que se me asignen, así que a esto es a lo que me dedico, tratando de integrarme en la dinámica del servicio, que ahora dirige Rafael Melgares. Rafael fue uno de mis primeros discípulos cuando llegué a Granada y ahora es uno de los líderes de la cardiología, especialmente en el ámbito del intervencionismo cardíaco percutáneo. Puedo decirte con satisfacción que, por formación, dedicación y cualidades personales, el servicio está en unas manos inmejorables.

Y como despedida:

P.: ¿Algún consejo a los compañeros que en el momento actual trabajan en la especialidad?

No soy amigo de dar consejos, pero si tuviese que dar alguno sería el de no perder nunca aquel impulso de servicio a la persona enferma, que fue lo que un día –ya lejano para algunos- nos decidió a emprender este camino, lleno de dificultades pero, también, de grandes momentos y satisfacciones.

No quisiera despedirme sin hacer mención de gratitud a la Sociedad Andaluza de Cardiología, especialmente a todos aquellos que con su talante y esfuerzo la convirtieron en la espléndida realidad que es hoy. Ahora se me da la oportunidad de hacer en alto estas reflexiones; pero antes, durante los muchos años transcurridos, tuve la satisfacción de pertenecer a una comunidad científica, ejemplar en su ámbito.